-Vakgroep Orthopedagogiek-

DRUGHULPVERLENING AAN ALLOCHTONEN

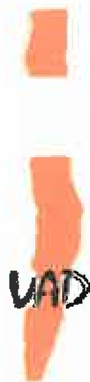
- Een exploratief onderzoek naar methodieken bij de begeleiding van allochtone cliënten in de drughulpverlening -

Onderzoekers :

Lic. Stijn Vandevelde
Lic. Wouter Vanderplasschen

Promotor : Prof. Dr. Eric Broekaert

Een onderzoeksproject in opdracht van





Vlaamse Gemeenschap

Voorwoord

Convenantwerking

Sinds 1 januari 1999 werkt VAD op basis van een convenant met de Vlaamse overheid, waarin een beleid over 3 jaar werd vastgelegd. VAD kreeg in dit beleidsplan een algemene missie mee waarin de coördinatie en afstemming van een Vlaams drugbeleid centraal staan.
Het beleidsplan voorziet eveneens enige ruimte voor concept- en methodiekontwikkeling, wat zowel theorievorming inhoudt als de ontwikkeling van nieuwe modellen of de aanpassing van bestaande modellen aan nieuwe doelgroepen. Op die manier kan worden ingespeeld op te verwachten maatschappelijke ontwikkelingen.

In het Beleidsplan 1999-2001 werden verschillende kwetsbare groepen als nieuwe doelgroep weerhouden: langdurig werklozen en laaggeschoolden, kansarme jongeren, injecterende gebruikers, kinderen van alcoholisten en allochtonen.

Uitbesteding

In het convenant met de overheid wordt duidelijk aangegeven dat VAD een beroep kan doen op derde organisaties voor de realisatie van sommige resultaatsgebieden in het beleidsplan. Door de Raad van Beheer werden een aantal criteria vastgelegd om – vooral in het kader van concept- en methodiekontwikkeling – opdrachten uit te besteden aan organisaties of diensten met ervaring en/of kennis op dit vlak.

Allochtonen

Als basis voor de ontwikkeling van methodieken die aansluiten bij de doelgroep allochtonen werd de opdracht geformuleerd om een inventaris te maken van de werkmodellen met allochtonen die in de drughulpverlening worden gebruikt en om de knelpunten en noden op dit vlak te exploreren.

We ontvingen twee projectvoorstellen op een algemene oproep. Deze projectvoorstellen werden beoordeeld door een commissie die de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent onder leiding van prof. dr. E. Broekaert aanwees om het project te realiseren. Voorliggend rapport is het resultaat van deze uitbesteding.

Marijs Geirnaert
directeur VAD

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD)
E. Tollenaerestraat 15
1020 Brussel
Tel: 02-423.03.33
Fax: 02-423.03.34
e-mail: vad@vad.be
website: www.vad.be

Inhoudsopgave

Samenvatting

De behandeling en begeleiding van aan (illegale) drugs verslaafde mensen blijkt niet altijd van een leien dakje te lopen. De vraag naar de specifieke moeilijkheden bij de begeleiding van allochtone cliënten en welke oplossingen hiervoor dan kunnen geboden worden, vormen de basis van voorliggend onderzoeksrapport. Deze aanzet tot methodiekontwikkeling is gegroeid vanuit de aanvraag tot uitbesteding van dit onderzoek door de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD). De Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent stond in voor de praktische uitvoering van het project.

Op basis van de eerder beperkte en overwegend internationale literatuur lijken drugverslaving en –misbruik de laatste jaren meer en meer bij mensen met een andere etnisch-culturele achtergrond voor te komen (Ashruf, v.d. Eijnden, 1996 ; Kahn, 1999). Vanuit Amerikaanse hoek wordt in dit verband gewezen op het groeiende aantal allochtonen in de samenleving, waardoor ook het aantal allochtone drugverslaafden stijgt (Finn, 1994 en 1996). De gezondheidszorg (Straetemans en De Muynck, 1998) en de drughulpverlening komen vaker in contact met deze groep mensen. (Finn, 1994 en 1996) en worden gevoeliger voor de begeleiding van deze doelgroep (Ellis, 1998 ; Kline, 1996 ; Westermeyer, 1996). Deze tendens is ook in Vlaanderen vast te stellen. De (hulp)vragen van de allochtone cliënt en het beschikbare hulpverleningsaanbod sluiten echter vaak niet op elkaar aan en dit lijkt zowel het geval te zijn voor de gezondheidszorg en het welzijnswerk in het algemeen als voor de drughulpverlening meer in het bijzonder. Een recent Nederlands onderzoek (Braam, Verbraeck en v.d. Wijngaert, 1998) wees in dit verband op het bestaan van een aantal specifieke knelpunten bij de begeleiding van allochtone drugverslaafden, zoals :

- Het intakegesprek sluit niet of onvoldoende aan bij de belevingswereld van allochtonen.
- Hulpverleners hebben onvoldoende kennis van de culturele achtergronden en gewoonten van de allochtone cliënten.
- Er is sprake van communicatieproblemen die de hulpverleningsrelatie bemoeilijken.
- Een aantal hulpverleningsmethodieken komt niet overeen met de verwachtingen van de allochtone cliënt.

De vraag in hoeverre deze (en eventueel andere) knelpunten ook in de Vlaamse hulpverlening voorkomen en vooral de oplossingen die hiervoor geformuleerd worden, vormen de belangrijkste

doelstellingen van voorliggend onderzoeksrapport. Deze kunnen vertaald worden naar volgende onderzoeksvragen :

- Wat is de wetenschappelijke stand van zaken omtrent de hulpverlening aan allochtone drugverslaafden ?
- Hoe gaan sommige voorzieningen om met de problemen bij de hulpverlening aan allochtone cliënten : een bundeling van binnen- en buitenlandse voorbeelden van '*good practice*'.
- Welke knelpunten ondervinden voorzieningen bij de behandeling/begeleiding van allochtone cliënten en welke oplossingen (methodieken) werden hiervoor reeds geformuleerd en zouden in de toekomst kunnen ontwikkeld worden ?
- Welke aanwijzingen kunnen worden gegeven voor verder onderzoek ?

Onderzoeksopzet en methodologie

Naast een literatuurstudie, waarbij duidelijk werd dat er weinig recente wetenschappelijke literatuur betreffende drughulpverlening aan allochtonen voorhanden is, werd ook het werkveld bevraagd. Hierbij werd ervoor geopteerd om enkel voorzieningen uit de regio Groot-Gent in het onderzoek op te nemen. We menen immers, en dat blijkt ook uit literatuur, dat drughulpverlening aan allochtone cliënten moeilijk kan worden onderzocht vanuit de visie dat algemene aangrijpingspunten kunnen worden geboden die zonder meer generaliseerbaar zijn voor andere steden, regio's of landen omdat :

1. het regionale hulpverleningsaanbod niet zomaar onderling te vergelijken is,
2. er grote verschillen (betreffende land van herkomst, relatieve en absolute aantallen, ...) zijn in de (bereikte) populatie cliënten per regio.

Daarnaast ligt ook een meer praktische reden aan de basis van deze keuze. Omwille van de korte termijn van het project (1 augustus tot en met 31 oktober 2000 was het immers moeilijk om in het onderzoek ook voorzieningen van buiten Groot-Gent te betrekken.

De onderzoeksresultaten kunnen en mogen dan ook enkel in het licht van deze opmerking bekeken worden. Toch menen we dat de gepresenteerde aangrijpingspunten ook indicatief kunnen zijn voor andere steden, regio's en landen.

In totaal werden elf voorzieningen in het onderzoek betrokken, voornamelijk uit de drughulpverlening. Ook een preventiedienst en twee diensten die onder meer gericht zijn op het werken met allochtonen in het algemeen en geregeld in contact komen met drugproblemen, participeerden in het onderzoek. Uiteraard werden de interviewgegevens van laatstgenoemde voorzieningen slechts bij die resultaten verwerkt waarvoor ze relevant waren (dus bijvoorbeeld niet bij het aantal bereikte cliënten). Van een door de voorziening zelf gekozen sleutelfiguur werd telkens een diepte-interview afgenomen. Tevens werden deze sleutelfiguren ook uitgenodigd op één van de drie parallelle focusgroepen, waarbij hoofdzakelijk gepeild werd naar welke oplossingen de hulpverleners zelf formuleerden betreffende een aantal knelpunten in de begeleiding van allochtone drugverslaafden. De letterlijk uitgetypte weergave van deze interviews en focusgroepen werd met behulp van een kwalitatief onderzoeksprogramma (*WinMax*) geanalyseerd en vormt de basis van dit onderzoeksrapport.

Een aantal belangrijke cijfers

In het rapport wordt gesproken over 'allochtonen' en 'mensen met een andere etnisch-culturele afkomst'. Hiermee bedoelen we niet alleen de niet-Belgen, maar ook die mensen met de Belgische nationaliteit die een andere etnisch-culturele afkomst hebben. Sinds de nationaliteitswetgeving van 1992 echter, waardoor vooral derde-generatie allochtonen niet meer terug te vinden zijn in de statistieken op basis van nationaliteit, wordt het moeilijk om nog een duidelijk beeld te krijgen van het precieze aantal mensen met een andere etnisch-culturele achtergrond. De hieronder gepresenteerde cijfers geven dan ook het aantal 'allochtone niet-Belgen' weer.

In Gent zijn er ongeveer 17.000 allochtone niet-Belgen, waarvan er ruim 10.000 (meer dan 60 %) de Turkse, Marokkaanse, Tunesische of Algerijnse nationaliteit hebben. Meestal is hun woonsituatie weinig positief te noemen : de meeste gezinnen leven in wijken waar de achterstelling inzake ruimtelijke ordening en huisvesting het meest uitgesproken is. De werkloosheid zou bovendien meer dan dubbel zo hoog zijn dan bij de Belgische bevolking, een tendens die lijkt samen te hangen met het overwegend lage onderwijsniveau. Het SIF (1996, p. 66) spreekt in dit verband van het feit dat '... de relatieve vertegenwoordiging van migranten [toeneemt] naarmate het onderwijsniveau daalt.'

Aangezien de registratiegegevens van de voorzieningen betreffende nationaliteit en/of afkomst niet altijd in het jaarverslag worden gepubliceerd en het bovendien voorlopig nog ontbreekt aan een eenduidige manier om etnisch-culturele afkomst én nationaliteit (en eventuele verblijfsduur) te registeren wordt beroep gedaan op gegevens van het onderzoeksproject 'Case management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening'. (Vanderplasschen, Broekaert, 1999)[1] voor een indicatie van het aantal (aan illegale) drugs verslaafde allochtone niet-Belgische cliënten.

De vaststelling van Braam et al. (1998) dat allochtone cliënten minder naar hoogdrempelige vormen van zorg doorstromen lijkt door de resultaten bevestigd te worden. De meeste niet-Belgische (niet-E.U.) cliënten blijken immers vooral in ambulante centra voor medisch-psycho-sociale opvang (i.e. de Medisch-Psycho-Sociale OpvangCentra (*MSOC's*) en dagcentra) terecht te komen.

Belangrijkste onderzoeksresultaten en aanbevelingen

Bij het weergeven van de knelpunten die door de participerende voorzieningen worden aangegeven, wordt dezelfde structuur gehanteerd als bij Braam et al. (1998), namelijk een gebrek aan 'zicht', 'grip' en 'beleid'. Een belangrijke vaststelling is de moeilijkheid die voorzieningen ondervinden om een duidelijk beeld ('zicht') te krijgen van het aantal allochtone druggebruikers, hun familiale en etnische achtergronden, hun hulpvragen, hun specifieke noden en behoeften betreffende behandeling, ... kortom de specifieke kenmerken van allochtone druggebruikers en hoe de hulpverlening daar op afgestemd kan worden.

Verder geven voorzieningen een aantal knelpunten aan die voorkomen bij de begeleiding ('grip') van allochtone cliënten, zoals :

- Communicatieproblemen tussen hulpverlener en cliënt.
- Een gebrek aan 'cultural responsiveness' (waarover Finn (1996, p. 494) schrijft : '(...) *the need for program staff to play an active role in integrating the client's cultural background into the treatment process.'*).
- Problemen rond het betrekken van belangrijke derden (familie, verwanten, vrienden) bij de hulpverlening.

[1] Het proefproject 'Case management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening' wordt gesubsidieerd door het Provinciaal Preventieplatform Middelenmisbruik en PopovGGZ en loopt in samenwerking met alle gespecialiseerde voorzieningen voor drughulpverlening uit de regio Groot-Gent.

- Het kortstondig en instrumenteel gebruik maken van de hulpverlening door allochtone cliënten.
- Gebrek aan hulpverleners met een andere etnisch-culturele achtergrond.
- Moeilijkheden omtrent de perceptie van bepaalde begrippen (o.a. status en eer) en de ziektebeleving door allochtone cliënten.
- De moeilijkheid om informatie te verspreiden naar de populatie.
- De invloed van de cultuur op de hulpverlening en de manier om hiermee om te gaan.
- De moeilijkheid om met de cliënten contact te houden eens ze in begeleiding zijn (vb. omwille van *drop-out*).
- Een gebrekkige doorstroming naar meer hoogdrempelige vormen van hulpverlening.

Op de vraag in hoeverre de Vlaamse voorzieningen ook het gebrek aan 'beleid' vanuit de overheid (naar analogie met het Nederlandse onderzoek van Braam, Verbraeck en v.d. Wijngaert, 1998) vaststelden, antwoorden de meeste dat ze daar eigenlijk weinig zicht op hebben. Het interne beleid wordt voorlopig bij de meeste voorzieningen nog niet echt specifiek afgestemd op de begeleiding van allochtone cliënten.

Vanuit de participerende voorzieningen werden dan vervolgens een aantal aanzetten gegeven om deze knelpunten op te vangen en de begeleiding beter af te stemmen op de noden en behoeften van allochtone cliënten. We beperken ons hier tot de belangrijkste aangrijpingspunten (zie 3.4. voor een gedetailleerd overzicht) :

- Personeel de mogelijkheid bieden om kennis over de culturen te verwerven.
- Aandacht hebben om de omgeving bij de behandeling te betrekken.
- Allochtoon personeel in dienst nemen.
- Oog hebben voor specifieke behoeften van cliënten.
- Indien nodig beroep doen op andere vormen van dienstverlening (intercultureel bemiddelaars, tolken, ...).

Het is een zeer belangrijke vaststelling dat de participerende voorzieningen er bewust niet voor kiezen om een 'geïsoleerde' zorg te organiseren, waarbij allochtone cliënten in een aparte - naar etnisch-culturele afkomst samengestelde - groep worden behandeld. Men geeft integendeel de voorkeur aan een geïntegreerde benadering, waarbij allochtone en autochtone cliënten *in principe*

in dezelfde voorziening en volgens dezelfde algemene visie behandeld worden. Tegelijk legt men er de nadruk op dat dit uiteraard niet betekent dat er geen specifieke knelpunten (kunnen) optreden bij de begeleiding van allochtone cliënten.

Aan deze moeilijkheden dient o.i. tegemoet gekomen te worden door gebruik te maken van een specifieke methodiek, waartoe in dit rapport een aantal mogelijke aanzetten worden gegeven.

Inleiding

Voorliggend rapport is het verslag van het onderzoeksproject 'Drughulpverlening aan allochtonen'.

Een recent Nederlands onderzoek (Braam, Verbraeck en v.d. Wijngaert, 1998) wees op het bestaan van een aantal moeilijkheden bij de begeleiding van allochtone drugverslaafden. De vraag in hoeverre deze knelpunten (en eventueel andere) ook binnen de Vlaamse drughulpverlening bestaan en vooral welke oplossingen (in de vorm van mogelijke methodieken) hiervoor vanuit de drughulpverlening reeds werden ontwikkeld vormen het uitgangspunt van dit rapport.

Deze aanzet tot methodiekontwikkeling is gegroeid vanuit de aanvraag tot uitbesteding van dit onderzoek door de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD), waarbij als algemene doelstellingen (op basis van het VAD-beleidsplan) naar voren werden geschoven :

- Theorievorming over het thema : werken met allochtonen in de drughulpverlening.
- Ontwikkelen van modellen en/of aanpassen van bestaande modellen voor het begeleiden van de doelgroep 'allochtonen' in de drughulpverlening.

Dit onderzoeksrapport wil dan ook verder gaan dan een loutere klachteninventarisatie. Het presenteren van aangrijpingspunten en voorbeelden van 'good practice' staan centraal. 'Finaliteit is een inventaris van werkmodellen met allochtonen in de drughulpverlening in diverse settings en met verschillende doelgroepen' (VAD, 2000)

Naast een literatuurstudie en een aantal studiebezoeken vond hiertoe tijdens augustus en september 2000 een bevraging plaats van de drughulpverlening in de vorm van diepte-interviews en focusgroepen. Tevens werden drie andere diensten, naast de gespecialiseerde drughulpverlening, bij het project betrokken. Zo werd het onderzoek enerzijds uitgebreid door een preventiedienst op te nemen, anderzijds werden ook een aantal voorzieningen bevraagd die zich niet specifiek richten op de begeleiding van (allochtone) drugverslaafden, maar wel met deze mensen in contact komen. Uiteraard werden de interviewgegevens van laatstgenoemde voorzieningen slechts bij die resultaten verwerkt waarvoor ze relevant waren (dus bijvoorbeeld niet bij het aantal bereikte cliënten). In totaal werden elf voorzieningen uit de regio Groot-Gent bevraagd.

Voorliggend rapport bestaat uit vier delen :

- In het eerste deel wordt het onderzoeksopzet verduidelijkt en gesitueerd in het huidige denken over drughulpverlening aan specifieke doelgroepen, in het bijzonder allochtone drugverslaafden. Tegelijk wordt de methodologie van het gehanteerde onderzoeksopzet beschreven.
- Het tweede deel gaat in op de theoretische achtergronden van dit onderzoeksrapport.
- Deel drie geeft de onderzoeksresultaten weer, waarbij veel ruimte is gelaten voor de visie van de participerende voorzieningen en dit door veelvuldig gebruik te maken van letterlijke citaten ter illustratie en/of verduidelijking. Tevens worden hier twee voorbeelden van 'good practice' beschreven, met veel aandacht voor de concrete aangrijpingspunten voor de praktijk.
- In deel vier worden de theoretische en onderzoeksgegevens geïntegreerd, wat uitmondt in een aantal voorstellen voor verbetering van de reeds gehanteerde methodieken. Tevens worden aanbevelingen gegeven voor verder onderzoek.

Het is belangrijk op te merken dat we ons bij de bevraging van de participerende voorzieningen beperkt hebben tot de regio Groot-Gent. We menen immers, en dat blijkt ook uit literatuur, dat drughulpverlening aan allochtone cliënten moeilijk kan worden onderzocht vanuit de visie dat algemene aangrijpingspunten kunnen worden geboden die zonder meer generaliseerbaar zijn voor andere steden, regio's of landen omdat :

1. regionale hulpverleningsaanbod niet zomaar onderling te vergelijken is,
2. er grote verschillen (betreffende land van herkomst, relatieve en absolute aantallen, ...) zijn in de (bereikte) populatie cliënten per regio.

Daarnaast ligt ook een meer praktische reden aan de basis van deze keuze. Omwille van de korte termijn van het project (1 augustus tot en met 31 oktober 2000 was het immers moeilijk om in het onderzoek ook voorzieningen van buiten Groot-Gent te betrekken.

De onderzoeksresultaten kunnen en mogen dan ook enkel in het licht van deze opmerking bekeken worden. Toch menen we dat de gepresenteerde aangrijpingspunten ook indicatief kunnen zijn voor andere steden, regio's en landen.

Ten slotte willen we nog wijzen op de gehanteerde terminologie. In het rapport wordt gesproken over 'allochtonen' en 'mensen met een andere etnisch-culturele afkomst'. Hiermee bedoelen we niet alleen de niet-Belgen, maar ook die mensen met de Belgische nationaliteit die een andere etnisch-culturele afkomst hebben (tenzij dit in de tekst expliciet anders wordt aangegeven).
Met de termen drugmisbruik, verslaving of drugproblemen wordt in dit rapport gedoeld op illegale drugs, daar de meeste participerende voorzieningen zich ook (voornamelijk) op deze doelgroep richten. De term drugprobleem wordt in voorliggende tekst gehanteerd als overkoepelende term en omsluit misbruik en verslaving.
Verder is het nog belangrijk te vermelden dat in het rapport gesproken wordt over 'methodieken' die de begeleiding van allochtone cliënten beter kunnen laten verlopen. Anders dan de term 'model' (die meer globale, structurele en organisatorische aspecten belicht) lijkt de term methodiek ons eerder de concrete inhoud centraal te stellen.
Ten slotte willen we hier nog aangeven dat de geciteerde uitspraken de visie van de sleutelfiguren weerspiegelen. Aangezien zij echter in functie van de voorziening waar ze werken optraden, schrijven we een aantal keer iets in de trant van 'de voorzieningen geven aan dat ...', met als onderliggende gedachte echter dat het strikt genomen gaat om de (persoonlijke) visie van de sleutelfiguren.

Last but not least willen we hier nog onze welgemeende dank betuigen aan de participerende sleutelfiguren en de voorzieningen/diensten waar ze werkzaam zijn voor hun bereidwillige medewerking.

Verdere informatie over dit onderzoek kan bekomen worden bij :

Stijn Vandevelde, onderzoeker
Universiteit Gent
Vakgroep Orthopedagogiek
Dunantlaan 2
9000 Gent
Tel. : 09-264.64.67
Fax : 09-264.64.91
Email : stijn.vandevelde@rug.ac.be

1. *Situering en onderzoeksopzet*

1.1. Wetenschappelijk kader

De (wetenschappelijke) literatuur over drughulpverlening aan allochtonen is beperkt (zie ook Braam, Verbraeck en v.d. Wijngaert, 1998) en vaak Amerikaans getint. De vraag in hoeverre deze literatuur (die bijvoorbeeld zeer specifiek de situatie van Afro-Amerikanen of *Hispanics* in een bepaalde stad of regio belicht) dan ook bruikbaar is voor andere landen in het algemeen en meer specifiek voor de drughulpverlening uit de regio Groot-Gent, is een belangrijke bedenking bij de onderstaande wetenschappelijke situering van het onderzoeksopzet.

Vanuit de drughulpverlening weerklinkt vaak de boodschap dat een deel van de populatie met een drugproblematiek niet of nauwelijks wordt bereikt (De Ruyver en Casselman, 2000 ; Raes, 1995). Ook in de wetenschappelijke literatuur wordt gewag gemaakt van een aantal 'verborgen' groepen, zoals mensen met een verstandelijke handicap en allochtonen (zie o.a. Watson, Franklin, et al., 1998).

Op basis van internationale literatuur lijken drugverslaving en –misbruik de laatste jaren meer en meer voor te komen bij mensen met een andere etnisch-culturele achtergrond (Ashruf, v.d. Eijnden, 1996 ; Kahn, 1999). Vanuit Amerikaanse hoek wordt in dit verband gewezen op het groeiende aantal allochtonen in de samenleving, waardoor ook het aantal allochtone drugverslaafden stijgt (Finn, 1994 en 1996). De gezondheidszorg (Straetemans en De Muynck, 1998) en de (drug)hulpverlening komen vaker in contact met deze groep mensen (Finn, 1994 en 1996) en worden gevoeliger voor de begeleiding van deze doelgroep (Ellis, 1998 ; Kline, 1996 ; Westermeyer, 1996). Zoals verder uit de resultaten zal blijken is deze tendens ook in Vlaanderen vast te stellen. De (hulp)vragen van de allochtone cliënt en het beschikbare hulpverleningsaanbod sluiten vaak niet aan op elkaar en dit lijkt zowel het geval te zijn voor de gezondheidszorg en het welzijnswerk in het algemeen als voor de drughulpverlening meer in het bijzonder. Amerikaans onderzoek (Finn, 1994, p. 325) toont immers aan dat mensen met een andere etnisch-culturele achtergrond :

- Minder geneigd lijken te zijn om op zoek te gaan naar begeleiding voor hun drugmisbruik.
- Minder vaak de behandeling lijken te voleindigen.
- Minder vaak hun druggebruik minderen of stoppen na een gevolgde behandeling.

Dit wordt niet door alle onderzoek zomaar kritiekloos bevestigd (Argeriou, Daley, 1997, zie ook Finn, 1994). Toch lijkt men het er in het algemeen over eens dat :

> *'It has been asserted that providing culturally appropriate or 'sensitive' drug treatment services may increase mutual empathy in the client counselor relationship and enhance the overall effectiveness of treatment.' (Fiorentine, Hillhouse, 1999, p. 61)*

Dit wordt ook bevestigd door de vaststelling dat mensen met een andere etnisch-culturele achtergrond naast een aantal gedeelde karakteristieken met de autochtone druggebruikers ook een aantal specifieke kenmerken vertonen betreffende hun druggebruik. Zo tonen Nemoto et al. (1999) aan dat allochtone (Aziatische) druggebruikers kenmerken bezitten die eigen zijn aan hun cultuur en gebaseerd zijn op 'ethnicity' en 'immigrant status'. Zo zou bijvoorbeeld het moment waarop ze voor het eerst drugs gebruiken, te maken hebben met hun leeftijd op het tijdstip van immigratie.

Dit gaat onvermijdelijk bepaalde eisen aan de hulpverlening stellen. Tucker (1985) schrijft in dit verband dat de traditionele drughulpverlening vaak niet succesvol lijkt te zijn bij mensen met een andere etnisch-culturele achtergrond. Daar de visie op druggebruik onvermijdelijk gekleurd wordt door culturele waarden, normen en overtuigingen dient ook de hulpverlening hiermee rekening te houden. Immers, de manier waarop iemand zijn/haar druggebruik percipieert, kan concrete aangrijpingspunten bieden voor hoe de begeleiding best kan georganiseerd worden. Terell (1993, p. 165) schrijft in dit verband :

> *'When culturally diverse clients do seek treatment, lack of sensitivity to variations in their attitudes toward substance abuse may lead to poor treatment outcomes.'*

Een recent Nederlands onderzoek (Braam, Verbraeck en v.d. Wijngaert, 1998) inventariseerde de aard en de omvang van de verslavingsproblematiek in Nederland en onderzocht tegelijkertijd de werkwijzen en hieraan gekoppelde knelpunten in de zorg voor allochtone verslaafden. Zij kwamen tot een aantal moeilijkheden betreffende de behandeling/begeleiding van deze doelgroep:

- Het intakegesprek sluit niet aan bij de belevingswereld van allochtonen.
- Hulpverleningsmethodieken komen niet overeen met de verwachtingen van de allochtone cliënt.

- Hulpverleners hebben onvoldoende kennis van de culturele achtergronden en gewoonten van allochtone doelgroepen.
- Het hulpverleningstraject van de allochtone cliënt wordt gefrustreerd door communicatieproblemen tussen hulpvrager en hulpverlener.

De vraag in hoeverre deze (en/of andere) knelpunten ook in de drughulpverlening in de regio Groot-Gent voorkomen en vooral de oplossingen die hiervoor geformuleerd worden, vormen de belangrijkste doelstellingen van dit onderzoeksrapport.

1.2. Onderzoeksopzet

1.2.1. Doelstellingen

Voorliggend onderzoek is, gezien de huidige stand van zaken betreffende de drughulpverlening aan allochtonen in Vlaanderen, exploratief van aard en heeft volgende doelstellingen :

- In eerste instantie willen we de huidige (wetenschappelijke) stand van zaken omtrent de hulpverlening aan allochtone drugverslaafden in kaart brengen en op die manier een reële bijdrage leveren tot de theorievorming (i.c. methodiekontwikkeling) over het werken met allochtonen in de drughulpverlening.
- Als tweede belangrijke doelstelling kan de bundeling van een aantal (binnen- en buitenlandse) voorbeelden van *'good practice'* weerhouden worden, om op die manier relevante informatie gemakkelijker beschikbaar te stellen voor andere centra die met dezelfde problematiek geconfronteerd worden.
- Een derde doelstelling richt zich op het exploreren en formuleren van knelpunten die voorzieningen ondervinden bij het behandelen van drugverslaafde allochtonen en de methodieken die ze gebruiken om aan deze knelpunten tegemoet te komen. Bovendien biedt het de mogelijkheid de noden van de voorzieningen in kaart te brengen.
- Een laatste doelstelling kan erin bestaan te kijken welke knelpunten dit onderzoek zelf inhoudt en waar verder onderzoek aangewezen lijkt.

1.2.2. Onderzoeksopzet

Naast het lokaliseren en raadplegen van (wetenschappelijke) literatuur over drughulpverlening

aan allochtonen (literatuurstudie), leek het ons belangrijk ook het werkveld te bevragen. We zijn immers sterk geïnteresseerd in hoe de Vlaamse voorzieningen (binnen de gespecialiseerde drughulpverlening) nu reeds omgaan (eventueel gebruikmakend van specifieke methodieken) met de moeilijkheden die zij ondervinden bij het begeleiden van allochtone cliënten, hoe ze dit evalueren en welke methodieken ze in de toekomst zouden willen ontwikkelen ... Hiertoe maakten we gebruik van interviews en focusgroepen.

Afbakening van het aantal participerende voorzieningen

Voorliggend onderzoek beperkte zich, gezien de specifieke doelgroep tot voorzieningen die een gespecialiseerd aanbod voorzien betreffende de behandeling of begeleiding van allochtone cliënten met drugproblemen. Dit zijn o.a. medisch-sociale opvangcentra, dagcentra, crisisinterventiecentra, bepaalde afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen, een aantal centra voor geestelijke gezondheidszorg, therapeutische gemeenschappen, kortdurende therapeutische programma's, ... (zie Broekaert, Raes, 1998 ; Vanderplasschen, De Bourdeaudhuij, Van Oost, 2000)

Naast deze voorzieningen, die zich specifiek richten op de begeleiding van cliënten met een drugprobleem, participeerden in het onderzoek ook twee diensten die slechts onrechtstreeks met drugproblemen te maken krijgen, omdat ze bijvoorbeeld onder meer gericht zijn op het werken met allochtonen in het algemeen. Hierbij komen ze echter met verschillende probleemvelden in aanraking, waaronder ook middelenmisbruik en/of verslavingsproblemen. Vanuit hun specifieke kennis en *knowhow* rond de betekenis van het 'allochtoon' zijn, gaven ze een ander beeld van hoe de hulpverlening aan allochtonen het best kan aansluiten bij de noden, behoeften en kenmerken van de doelgroep zelf. Tevens werd een preventiedienst bevraagd. Vanzelfsprekend werden de interviewgegevens van laatstgenoemde voorzieningen slechts bij die resultaten verwerkt waarvoor ze relevant waren (dus bijvoorbeeld niet bij het aantal bereikte cliënten). Uiteraard leek het ons hierbij zeer belangrijk om waar mogelijk ook contact te hebben met de allochtone hulpverleners. De voorzieningen vaardigden – indien ze over een allochtone medewerker beschikten die rond (door) de problematiek van dit onderzoeksrapport werkt (geboeid is) – ook deze mensen af voor het interview en de focusgroepen, al dienen we hierbij nu reeds aan te geven dat er *in principe* niet zo veel allochtone medewerkers werkzaam zijn in de Gentse drughulpverlening.

In totaal werden elf voorzieningen uit de regio Groot-Gent bij het onderzoek betrokken.

Gehanteerde onderzoeksmethoden

Van een door de voorziening zelf gekozen 'sleutelfiguur' werd een interview (n=11) afgenomen, dat peilde naar de reeds gehanteerde methodieken bij de begeleiding van allochtone drugverslaafden. Tien van deze interviews gebeurden individueel met de voorziening, bij één interview was naast een hulpverlener uit de regio Groot-Gent ook een hulpverlener van een andere voorziening aanwezig.

Voor de interviews stonden één of twee (meestal autochtone, enkele keren ook allochtone) hulpverleners ('sleutelfiguren') ons te woord. Gebruikmakend van semi-gestructureerde interviews meenden we de reeds aanwezige praktijkervaring van de voorzieningen in kaart te kunnen brengen. Fundamenteel wensten we aan de hand van de interviews dan ook te weten te komen hoe de deelnemende voorzieningen :

- De populatie allochtone cliënten omschrijven.
- De doelgroep op een al dan niet specifieke manier begeleiden (en hun motivatie hiervoor).
- In aanraking komen met de in de literatuur vermelde (en door hen zelf aangebrachte) knelpunten die kunnen optreden bij de begeleiding van allochtone cliënten.
- Omgaan met deze knelpunten en hoe ze deze werkwijze evalueren.
- In de toekomst met deze knelpunten denken om te gaan.
- Hun noden en verwachtingen m.b.t. de begeleiding van allochtone drugverslaafden formuleren.

Het interview bestaat uit een vijftiental open vragen (zie bijlage 1), gebaseerd op relevante literatuur terzake (Braam, Verbraeck en v.d. Wijngaert; 1998 ; Finn, 1994 en 1996) en de doelstellingen vooropgesteld in dit onderzoeksproject. Het werd gedurende de afnames lichtjes gewijzigd, daar we merkten dat bepaalde vragen niet of nauwelijks werden beantwoord, terwijl andere vragen precies heel belangrijk bleken te zijn. Deze interviews (behalve één, waarvan om technische redenen enkel de notities konden worden gebruikt) werden op audio-band geregistreerd en later door de interviewer woordelijk uitgetypt. De schriftelijke neerslag van deze gesprekken werd dan als onderzoeksmateriaal weerhouden en gedeeltelijk manueel, gedeeltelijk met een kwalitatief onderzoeksprogramma (*WinMax*) geanalyseerd.

WinMax is een computerprogramma dat gebruikt wordt voor de inhoudsanalyse van tekstdocumenten, zoals interviews, dossiers, focusgroepen, ... Hierbij worden thema's geconcipieerd en in een boomstructuur geordend. Broekaert, Soyez, Vanderplasschen, et al. (2000) omschrijven het als volgt :

> *'WinMax is an instrument for text analysis and aims for a methodologically controlled construction of typologies and strives to construct understandable types of action. It leads to classification [and] construction of typologies (...)'*

De sleutelfiguren werden onderverdeeld in drie groepen voor één van de drie (parallelle) focusgroepen.

Een focusgroep wordt in de literatuur omschreven als :

> *'Focus groups are not polls but in-depth, qualitative interviews with a small number of carefully selected people, brought together to discuss a host of topics ... '*
> *(ASA, 1998, p. 1)*

Er mag echter geen sprake zijn van een 'serieel interview' waarbij de verschillende vragen één voor één voorgelegd worden aan de deelnemers. De vragen hebben slechts de functie een discussie op gang te brengen, waarbij de zorgvuldig geselecteerde deelnemers (experten) het onderwerp exploreren en uitwerken. Ook het verloop van deze groepen werd woordelijk uitgetypt en geanalyseerd met *WinMax*.[2]
In het kader van voorliggend onderzoek hadden de focusgroepen de bedoeling om te peilen in hoeverre de hulpverleners zelf oplossingen voor de toekomst formuleerden, m.a.w. hoe zij de eigen (eventueel succesvolle) aanpak betreffende de begeleiding van allochtone cliënten generaliseerbaar achtten voor de volledige (drug)hulpverlening in de regio Groot-Gent.

Naast deze interviews en focusgroepen werd ook een buitenlands project bezocht, dat zich specifiek richt op de (drug)hulpverlening aan allochtone cliënten. Een neerslag van dit bezoek is

[2] Bij één focusgroep werden – omwille van praktische redenen – enkel schriftelijke notities (van het gesprek) gebruikt.

verder in dit verslag opgenomen als voorbeeld van een 'good practice', daar het o.i. interessante aangrijpingspunten kan bieden voor de drughulpverlening in de regio Groot-Gent.

2. *Theoretische achtergronden*

2.1. *Terminologie*

Zowel in de (drug)hulpverlening als in andere maatschappelijke sectoren (bijvoorbeeld in de media) worden de termen 'allochtoon', 'migrant', 'vreemdeling', 'asielzoeker', ... vaak door elkaar en in de verkeerde context gebruikt. In dit kader geven Braam, Verbraeck en v.d. Wijngaert (1998) bijvoorbeeld aan dat in de literatuur onder het begrip 'allochtoon' vaak zeer uiteenlopende bevolkingsgroepen worden verstaan. Ook het Provinciaal Integratiecentrum Oost-Vlaanderen (PICO, 1999, p. 4) geeft aan dat 'veel misverstanden ontstaan omdat de gehanteerde termen geen duidelijke inhoud hebben of omdat ze voortdurend van inhoud veranderen'. Een korte bevraging bij de – aan dit onderzoek participerende – voorzieningen noopte tot de vaststelling dat ook zij geen geëigende term hanteren.

In een poging een overzicht te geven van de betekenis van de begrippen die het meest worden gebruikt, wordt een beroep gedaan op het schema dat door het PICO (1999) in het verslag 'Eindrapport Dataproject etnisch-culturele minderheden' weergegeven wordt. In het algemeen taalgebruik wordt volgens hen als overkoepelende term gebruikgemaakt van 'migrant', 'vreemdeling' of 'allochtoon', terwijl in het decreet van de Vlaamse Regering d.d. 28 april 1998 sprake is van 'etnisch-culturele minderheden' als 'het geheel van de allochtonen, de vluchtelingen en de woonwagenbewoners en de niet tot voornoemde groepen behorende vreemdelingen die zich in België bevinden zonder wettig verblijfsstatuut en die wegens hun noodsituatie opvang en bijstand vragen'. De termen 'vreemdeling' en 'allochtoon' worden *in principe* door elkaar gebruikt, maar om ideologische redenen verkiest men vandaag de dag het begrip 'allochtoon'. De term 'migrant' wijst op iemand die zich elders gaat vestigen, waarbij men dus de vertrouwde omgeving voor al dan niet vooraf bepaalde tijd verlaat.

In de internationale wetenschappelijke literatuur spreekt men van 'ethnic cultural minorities', 'ethnicity', 'ethnic differences', 'cultural differences', 'culturally diverse', ... (zie Cheung, 1993 ; Finn, 1994 en 1996 ; Terell, 1993 e.a.) ; men benadert de populatie dus vanuit hun 'anders' zijn met betrekking tot hun etnisch-culturele achtergrond. Ook de wetenschappelijke databanken en zoeksystemen van bibliotheken maken voornamelijk gebruik van voornoemde begrippen als meest gehanteerde trefwoorden. Het zoeksysteem van het Nederlandse Trimbosinstituut bijvoorbeeld, een studie- en documentatiecentrum met een uitgebreide collectie materiaal over

drugmisbruik en verslavingsproblemen, gebruikt als overkoepelende term 'etnische groepen'. Met dit begrip worden dan termen als 'migrant', 'immigrant' en 'vreemdeling' omsloten.

In voorliggend verslag wordt gesproken over 'allochtonen' of 'mensen met een andere etnisch-culturele achtergrond', ongeacht hun nationaliteit (tenzij expliciet anders aangegeven). Zo hebben we het niet uitsluitend over de niet-Belgen, maar ook over die mensen met de Belgische nationaliteit die een andere etnisch-culturele afkomst hebben. Een bijkomend voordeel hierbij, al is dat dan van operationele aard, is ook dat met voornoemde termen verschillende bevolkingsgroepen kunnen worden aangeduid, zoals Turken en Marokkanen, maar ook bijvoorbeeld Roemenen, Tsjechen of Russen ... De voorgestelde begrippen kunnen dan ook gehanteerd worden voor een zeer algemene en overkoepelende doelgroepbeschrijving.

2.2. Een korte schets van de immigratiegolven in Vlaanderen

Het lijkt ons aangewezen een kort overzicht te geven van de verschillende immigratiegolven die Vlaanderen sinds begin twintigste eeuw doormaakte. Op die manier willen we historisch een beknopte duiding geven van welke bevolkingsgroepen er nu precies in Vlaanderen leven en hoe ze hier terecht zijn gekomen. Slechts in het licht van deze historiek kan ten volle ingespeeld worden op de specifieke noden en behoeften van allochtonen met betrekking tot de behandeling/begeleiding van verslavingsproblemen.

Aan het begin van de twintigste eeuw is ongeveer twee procent van de totale bevolking van België allochtoon, al wordt er dan nog van 'vreemdelingen' gesproken Dit aantal groeit aan tot drie en een half procent rond 1910. Het zijn voornamelijk mensen uit de buurlanden : Nederlanders, Fransen en Duitsers. Italianen vormen de meest omvangrijke groep allochtonen afkomstig uit andere naties. De Eerste Wereldoorlog veroorzaakt echter een gevoelige daling van het aantal allochtonen in ons land. Kort na de oorlog maakt de tot dan toe spontane immigratie uit onze buurlanden plaats voor een georganiseerde immigratie uit vooral Oost-Europa en Italië, een evolutie die in de eerste plaats wordt veroorzaakt door het tekort aan binnenlandse arbeidskrachten voor de steenkoolmijnen (voornamelijk in Limburg).

Ook na de Tweede Wereldoorlog ontstaat een dergelijke evolutie : voornamelijk Italiaanse en Poolse 'gastarbeiders' worden gerecruteerd als goedkope arbeidskrachten voor het zware werk in de steenkoolmijnen. Ondanks de economische recessie, de hoge werkloosheidscijfers van de

Belgische bevolking en de strengere immigratiereglementering blijken 'immigranten' bij het einde van de jaren veertig nog steeds onmisbaar als arbeidskracht voor de mijnen. Na het ongeval in de steenkoolmijn van Marcinelle (1956) waarbij 136 Italianen omkwamen, werden nieuwe arbeidsmarkten gecontacteerd, daar Italië weigerde nog langer arbeiders te sturen. Spanje, Griekenland, Marokko en Turkije maakten deel uit van deze nieuwe wervingslanden. Vanaf de bloeiende jaren zestig werden vooral Maghrebijnen en Turken uitgenodigd om te komen werken in België. De economische hoogconjunctuur vormde het perfecte kader voor deze inwijking, waartegen weinig of geen protest rees. Dit veranderde vanaf de jaren zeventig, gekenmerkt door een economische terugval, die in 1974 zou leiden tot een immigratiestop. Enkel asielzoekers (zie 2.3.) en mensen die in het kader van gezinshereniging of -vorming naar België komen, kunnen hier nog komen wonen.

Vanaf de jaren tachtig ontstaat een tendens van inburgering in de maatschappij. Tweede- en derde-generatie allochtonen groeien hier op en participeren aan de belangrijkste maatschappelijke activiteiten als onderwijs. Het leven in een multiculturele maatschappij krijgt vorm en integratiebewegingen komen op gang. Toch blijkt dit multiculturalisme niet altijd succesvol. Zo schrijft Deraeck (1999, p. 20) : '... in de dagelijkse praktijk het ... ideaal van gelijkheid wat assimilatie inhoudt, feitelijk ongelijkheid reproduceert : achterstelling en uitsluiting van minderheidsgroepen blijft regel, vaak precies omwille van de gelijkheidsgedachte ...'

De laatste jaren zien we een sterke toename van het aantal vluchtelingen en asielzoekers (zie 2.3.) in België, ondanks de restrictieve wetgeving. Hierbij valt o.a. de sterke vertegenwoordiging van mensen met een Oost-Europese etniciteit (Roemenië, Kosovo, Bulgarije, ...) op.
(Deraeck, 1999 ; Koninklijk Commissariaat voor het Migrantenbeleid, 1991 ; PICO, 1999)

2.3. Over het aantal allochtonen in Vlaanderen

Omwille van artikel 11 van het 'Wetboek van de Belgische nationaliteit' (2000)[3] - waardoor vooral derde-generatie allochtonen[4] niet meer terug te vinden zijn in de statistieken op basis van

[3] Artikel 11 van het 'Wetboek van de Belgische nationaliteit' (gecoördineerd op 09/05/00) zegt immers het volgende : 'Belg is het kind dat in België wordt geboren uit een ouder die zelf in België is geboren en die er gedurende vijf jaar in de loop van de tien jaren voorafgaand aan de geboorte van het kind zijn hoofdverblijf heeft gehad.' Deze kinderen verkrijgen dus automatisch de Belgische nationaliteit. (Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding, 2000)
[4] Ook de tweede-generatie allochtonen kunnen, door een verklaring af te leggen op de burgerlijke stand, op (relatief) eenvoudige manier de Belgische nationaliteit verkrijgen.

nationaliteit - wordt het moeilijk om nog een duidelijk beeld te krijgen van het precieze aantal mensen met een andere etnisch-culturele achtergrond. Volgens het PICO (1999, p. 17) 'dekken de nationaliteitscijfers in sommige gevallen nog amper de helft van het reële aantal allochtonen. Dit probleem wordt ook onderkend door verschillende van de aan het onderzoek participerende sleutelfiguren die opmerkingen geven als :

'Ik denk dat wij als allochtonen iedereen zien met een (...) vreemde afkomst (...) driekwart zijn dat Belgen. (...) Wij noemen dat wel migranten omdat ze wel nog gelinkt zijn aan een andere cultuur. Maar het zijn dus, wat nationaliteit betreft, geen vreemdelingen (...).'[5]

'(...) het criterium is (...) het doormaken van belangrijke levensgebeurtenissen met een link naar iets wat zich buiten Vlaanderen afspeelt.'

'(...) mensen van een andere afkomst, waar dat je dan ook in de hulpverlening nog wel de effecten daarvan ziet.'

'Het is vanuit etnisch-culturele hoek dat we ze omschrijven, dus (...) of het nu gaat over een Belg of niet, het is de culturele afkomst en de etnische afkomst die telt.'

Ook in het kader van dit onderzoeksrapport is het belangrijk *a priori* te wijzen op het feit dat we zelden of nooit konden beschikken over cijfermateriaal aangaande het aantal mensen met een andere etnische afkomst. De geraadpleegde cijfers definiëren allochtonen immers steeds op basis van de (niet-Belgische) nationaliteit. In dit deeltje wordt dan ook vaak gesproken van niet-Belgen, ons goed realiserend dat het werkelijke aantal allochtonen hoger ligt (zie ook PICO, 1999).

Daar het onderzoek zich richt op hulpverleningsinitiatieven in Vlaanderen en meer bepaald in de omgeving van Gent (Oost-Vlaanderen) willen we ons hier beperken tot de Gentse situatie. Ter informatie geven we echter nog graag volgende gegevens mee : wanneer we de cijfers van geheel

[5] In voorliggende tekst worden de citaten illustratief of ter verduidelijking gebruikt.
Met '... ' wordt in de citaten een stilte of aarzeling aangegeven. , '(...)' wordt gebruikt voor het weglaten van een fragment (en/of tussenwerpsels), en dit omwille van de leesbaarheid, '[tekst]' ten slotte wijst op door de onderzoekers toegevoegde tekst, opnieuw ter wille van de leesbaarheid.

België bekijken stellen we vast dat ongeveer 892.000 mensen niet de Belgische nationaliteit hebben op een populatie van ongeveer de tien miljoen inwoners (± 9 %). In Vlaanderen waren er in 1999 ongeveer 289.000 niet-Belgen op een totale populatie van om en bij de 6 miljoen mensen (NIS, 1999). Schematisch kunnen we dit dan als volgt voorstellen (ter informatie werden ook de aantallen van de 5 laatste jaren toegevoegd – cf. figuur 1) :

Figuur 1 : Het aantal niet-Belgen in Vlaanderen (situatie op 1 januari 1999 Bron : NIS)

Bevolking op 1 januari	Eenheid	1995	1996	1997	1998	1999
Belgen	X 1000	5.583	5.596,9	5610,5	5.624,4	5.637,8
Niet-Belgen	X 1000	**283,1**	**283,4**	**288,3**	**288**	**289,1**
Totaal	X 1000	5.866,1	5.880,3	5.898,8	5.912,4	5.926,9

Uiteraard is het zo dat hier jaarlijks nog een aantal 'nieuwkomers'[6] bijkomen. In concreto gaat het om 'volgmigranten' (2500 goedgekeurde aanvragen per jaar voor geheel België), 'asielzoekers' (2.672 ontvankelijk verklaarde asielzoekers per jaar in Vlaanderen) en 'vluchtelingen'[7] (tussen 1 februari 1988 en 31 december 1997 werden 10.541 asielzoekers als vluchteling erkend) (PICO, 1999).

In Gent zijn er ongeveer 17.000 niet-Belgen waarvan meer dan 10.000 (ongeveer 60 %) de Turkse, Marokkaanse, Algerijnse of Tunesische nationaliteit hebben (NIS, 1997). Uit de interviewgegevens bleek dat het vooral deze mensen zijn die door de voorzieningen als allochtonen worden omschreven. Vandaar dat verder wordt ingegaan op het aantal inwoners van deze bevolkingsgroepen en een aantal socio-demografische kenmerken van (vooral niet-E.U) allochtonen in Vlaanderen (cf. figuur 2 en 3).

[6] Minderhedendecreet van 28 april 1998 : 'Nieuwkomers zijn vreemdelingen die zich voegen bij de allochtonen die zich bevinden in het Nederlandse taalgebied of het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad in het kader van gezinshereniging of gezinsvorming of die als asielzoeker België binnenkomen.'

[7] 'Volgmigranten' : de allochtonen die in het kader van gezinsvorming of –hereniging naar Vlaanderen migreren.

'Asielzoekers' : een vreemdeling die een asielaanvraag heeft ingediend, die voorlopig verblijft op het grondgebied, maar waarrond nog geen beslissing genomen werd omtrent de aanvraag tot erkenning als vluchteling.

'Vluchteling' : asielzoeker die erkend werd.

(Bron : PICO, 1999)

Figuur 2 : Het aantal niet-Belgen in Gent (situatie op 1 januari 1997 – Bron : NIS)

	Aantal inwoners in Gent
Aantal niet-Belgen (1)	17.128
Aantal Turken, Marokkanen, Algerijnen en Tunesiërs (2)	10.671
Totaal aantal inwoners (3)	225.469
Procentueel (1) t.o.v. (3)	7,6%
Procentueel (2) t.o.v. (1)	62,3%

De onderlinge verhouding tussen het aantal Turken, Marokkanen, Algerijnen en Tunesiërs in Gent wordt in onderstaande tabel (cf. figuur 3) weergegeven. De meest opvallende vaststelling is het grote aantal Turken dat in Gent woont.

Figuur 3 : Het aantal Algerijnen, Marokkanen, Tunesiërs en Turken in Gent (situatie op 1 januari 1998 – Bron : NIS)

	Aantal inwoners in Gent
Algerijnen	353
Marokkanen	1.533
Tunesiërs	366
Turken	7.976

Bovenstaande gegevens worden bevestigd door het meerjarenplan (1997-1999) van het Sociaal Impulsfonds (SIF). Volgens dit rapport telde Gent eind 1996 bijna 17.000 niet-Belgen (of zo'n 7,5 % van de totale bevolking), waarvan ongeveer 63 % afkomstig is uit Turkije en Noord-Afrika.

2.4. Kenmerken van allochtonen met betrekking tot wonen, werken en onderwijs

Het lijkt ons ook belangrijk even stil te staan bij een aantal socio-demografische kenmerken van de groep allochtonen in Vlaanderen (waar mogelijk gespecificeerd naar de regio Gent) om zo de situatie van de verslaafde allochtonen beter te kunnen inschatten. Opnieuw dienen we ons noodgedwongen te beperken tot de populatie niet-Belgen door het gebrek aan cijfermateriaal dat rekening houdt met afkomst en niet uitsluitend nationaliteit. Voor het cijfermateriaal baseerden we ons vooral op gegevens van het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding, de VDAB, het NIS, het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Onderwijs en het 'Meerjarenplan 1997-1999 – Stad Gent en OCMW-Gent' van het Sociaal Impulsfonds.

Wonen

De woonsituatie van niet-Belgen (uit niet-EU-landen, hoofdzakelijk Turken en Marokkanen) in Gent is in vele gevallen weinig positief te noemen. Ongeveer 60 % van hen (t.o.v. 30 % van de Belgen) leeft in het centrum van de stad, vaak in wijken waar de achterstelling betreffende ruimtelijke ordening en huisvesting het meest uitgesproken is. De volks- en woningentelling van 1991 toonde duidelijk aan dat de Turks-Marokkaanse bevolkingsgroep de slechtste woninguitrusting bezit (Bron : NIS). Deze vaststelling heeft een aantal negatieve implicaties (SIF, 1996, p. 65) : een gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden, concentratiescholen, gebrekkige woonkwaliteit en leefbaarheid. Bovendien zijn relatief minder Turken en Marokkanen eigenaar van hun woning, daar waar ongeveer tweederde van de Vlamingen dat wel is. Daarbij komt ook dat de gezinssamenstelling van Turken en Marokkanen duidelijk anders is dan de Belgische. Zo schrijft het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding (2000) dat er weinig Turkse alleenstaanden zijn omdat de jongeren er langer (dan de autochtone jongeren) thuis blijven wonen. Cijfers tonen ook aan dat bijna 75 % van de Turkse huishoudens uit vier of meer personen bestaat (vergelijk met de Belgische situatie waar het merendeel van de gezinnen uit twee of drie personen bestaat) (Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding, 2000).

Werken

De werkloosheidgraad (aantal werklozen / aantal inwoners) van niet-EU burgers ligt 2,3 keer hoger dan die van de Belgen (NIS, 1999). Recent onderzoek (Verhoeven, 1999) naar de tewerkstelling van allochtonen in de agglomeraties Antwerpen, Brussel, Gent en Hasselt toont aan dat naast de groep niet-Belgen ook een grote groep Belgen van allochtone afkomst werkzaam is. Het aantal werknemers met een andere etnisch-culturele achtergrond zou - volgens het Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding – na extrapolatie dan toch ongeveer 11 % zou bedragen van de totale Belgische beroepsactieve bevolking.

De VDAB hanteert een ietwat afwijkende onderzoeksmethode (Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding, 2000 ; PICO, 1999) in die zin dat ze gebruikmaken van een computerprogramma dat allochtonen onderscheidt van autochtonen op basis van de naam. Op die manier hopen zij een oplossing te kunnen bieden voor het moeilijke terminologische onderscheid tussen allochtonen en Belgen met een andere (dan de Belgische) etnisch-culturele achtergrond. In Gent zijn er van de 20.854 niet-werkende werkzoekenden zo'n 3.335 (meer dan 15 %) mensen met een andere etnisch-culturele achtergrond, waarvan 2.378 van Turks-Maghrebijnse origine (VDAB, 2000).

Onderwijs

Gegevens van augustus 2000 (Bron : VDAB) betreffende het aantal (niet-werkende) werkzoekenden in de regio Gent tonen aan dat slechts 2 % van de werkzoekende mensen met een Turkse of Maghrebijnse nationaliteit beschikt over een diploma van het hoger en/of universitair onderwijs (t.o.v. ongeveer 19 % bij de Belgische werkzoekenden). Ook het aantal werkzoekenden (met Turkse of Maghrebijnse nationaliteit) met een diploma van hoger secundair onderwijs ligt procentueel gezien (14 %) duidelijk lager dan bij de Belgen (30 %). Volgens cijfers van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Onderwijs volgde in het schooljaar 1998-1999 meer dan 50 % van de niet-Belgische leerlingen Beroeps Secundair Onderwijs (BSO) t.o.v. ongeveer 27 % van de Belgen. 40 % van de Belgen volgde Algemeen Secundair Onderwijs, tegenover 20 % van de niet-Belgen. Het SIF (1996, p. 66) spreekt in dit verband van het feit dat '... de relatieve vertegenwoordiging van migranten [toeneemt] naarmate het onderwijsniveau daalt'. De leerachterstand die niet-Belgische kinderen hierbij oplopen ligt gevoelig hoger dan de leerachterstand bij Belgische leerlingen (*Basisonderwijs* : 50 % van de niet-Belgen heeft een leerachterstand vs. 16 % van de Belgen) (Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding, 2000 en SIF, 1996).

2.5. Het aantal allochtone cliënten met een drugprobleem in de gespecialiseerde drughulpverlening in de regio Groot-Gent

Het is uiteraard niet zo eenvoudig om het aantal allochtone drugverslaafden dat bereikt wordt door de hulpverlening vast te stellen, laat staan (een schatting van) het totale aantal allochtone drugverslaafden te presenteren zonder een gericht (grootschalig) onderzoek. Toch willen wij een poging ondernemen om, aan de hand van de registratiegegevens van de participerende voorzieningen zelf (raadpleegbaar in de jaarverslagen) en de gegevens verkregen vanuit de interviews met de participerende voorzieningen een idee te geven van het aantal bereikte allochtone cliënten. Uiteraard werden hier alleen de cijfers van de voorzieningen uit de drughulpverlening weerhouden. De registratiegegevens van de andere participerende diensten werden hierbij niet gebruikt.
Daarnaast wordt ook cijfermateriaal vanuit het proefproject 'Case management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening' gebruikt (Vanderplasschen, Broekaert, 1999), een onderzoeksproject gesubsidieerd door de Provincie Oost-Vlaanderen en PopovGGZ.

2.5.1. Op basis van jaarverslagen en interviewgegevens

Concreet namen in totaal elf voorzieningen aan het voorliggende onderzoek deel, allemaal te situeren in regio Groot-Gent. Ze kunnen enerzijds ingedeeld worden naar werkvorm (therapeutische gemeenschappen, psychiatrische ziekenhuizen, medisch-sociale opvangcentra, centra voor geestelijke gezondheidszorg, crisisinterventiecentra, dagcentra, ...). Anderzijds is het ook mogelijk om ze, op basis van het 'Intake-overleg' van de voorzieningen uit de Oost-Vlaamse drughulpverlening, te clusteren in vier types :

- **Ambulante centra voor psycho-sociale opvang** : bieden ambulante hulpverlening, o.a. psycho-sociale begeleiding, therapeutische gesprekken, opleiding, ... Vb : centra voor geestelijke gezondheidszorg, sociale werkplaatsen, ...

- **Ambulante centra voor medisch-psycho-sociale opvang** : bieden laagdrempelige ambulante medische en psycho-sociale hulpverlening, o.a. methadonverstrekking. Vb. : MSOC's, dagcentra, ...

- **Residentiële kortdurende opvang** : betreft een residentiële opname en begeleiding van druggebruikers, voornamelijk in functie van ontwenning en motivatie. Vb : bepaalde afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen, crisisinterventiecentra, ...

- **Residentiële langdurige opvang** : betreft een residentiële opname en begeleiding gedurende een aantal maanden. Vb : therapeutische gemeenschappen, kortdurende therapeutische programma's, bepaalde afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen, ...

Indicatieve cijfers betreffende het aantal cliënten per type worden onder punt 2.5.2. weergegeven. Op basis van registratiegegevens (per voorziening) is het onmogelijk om precies en betrouwbaar cijfermateriaal te bekomen aangaande bovenstaande types. Een cliënt kan immers gedurende een jaar in verschillende centra begeleid worden, waardoor bij het louter sommeren van registratiecijfers onvermijdelijk een aantal dubbeltellingen optreden. Daarenboven stelden we vast dat niet alle voorzieningen in de jaarverslagen gegevens omtrent nationaliteit en/of afkomst opnemen, daar het voorlopig ontbreekt aan een eenduidige manier om etnisch-culturele afkomst én nationaliteit (en eventuele verblijfsduur) te registreren (zie ook aanbevelingen voor verder onderzoek) Bovendien konden we niet van alle voorzieningen over registratiegegevens van 1999 beschikken waardoor de consistentie en de betrouwbaarheid van de gegevens in het gedrang kwamen. Omdat de participerende voorzieningen daarenboven allemaal in de regio Groot-Gent te situeren zijn is het onmogelijk per werksoort cijfers weer te geven zonder de anonimiteit van de voorzieningen in gevaar te brengen.

Op basis van de interviews kunnen we per type voorziening wel een aantal citaten weergeven betreffende het aantal bereikte allochtone cliënten. Het lijkt ons hierbij belangrijk te vermelden dat een aantal voorzieningen aangeven dat ze het begrip allochtonen ook ruimer definiëren dan niet-Belgen en rekening te houden met de etnisch-culturele achtergrond (zie de gehanteerde definitie van allochtonen in dit onderzoeksrapport).

'(...) een maximum van [x cliënten] en gemiddeld is daar één allochtoon, denk ik.'
(Residentiële langdurige opvang)

'Ik zou zeggen één op tien, amper (...).'
(Residentiële langdurige opvang)

'(...) bij ons gaat het over enkele tientallen migranten, allochtone druggebruikers [sinds het ontstaan van de voorziening].'
(Residentiële kortdurende opvang)

'Dat is een omvangrijke groep.'
(Ambulante centra voor medisch- psycho-sociale opvang)

'Ik denk dat we ongeveer een 15 % hebben van mensen die we als allochtoon zouden kunnen beschouwen..'
(Ambulante centra voor medisch-psycho-sociale opvang)

'Wel, toen we de gegevens samenlegden merkten we dat de mate waarin we met vragen geconfronteerd worden niet evenredig is met de mate waarin het probleem hier voorkomt. Dus relatief weinig.'
(Ambulante centra voor psycho-sociale opvang)

2.5.2. Het Proefproject 'Case management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening'

'Sinds 1 oktober 1999 loopt het proefproject 'Case management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening', dat gesubsidieerd wordt door het Provinciaal Preventieplatform Middelenmisbruik en PopovGGZ en dat loopt in samenwerking met alle gespecialiseerde voorzieningen voor drughulpverlening uit de regio Groot-Gent. De bedoeling van het project is om herval en heropname te voorkomen en te beperken bij de groep aan (illegale) drugs verslaafde mensen, zorg op maat en continuïteit van zorg te verzekeren en het maatschappelijk functioneren van deze cliënten te bevorderen.' (Vanderplasschen, Broekaert, 1999). Het project richt zich op een kleine groep (n=30) druggebruikers met een complexe en meervoudige problematiek en een lange hulpverleningsgeschiedenis. Tijdens het begin van de maand oktober registreerden alle voorzieningen (gedurende één week) alle nieuw aangemelde cliënten en alle cliënten die op dat moment in begeleiding of behandeling waren.

Op basis van dit proefproject beschikken we dan ook over recente indicatieve gegevens, die ons toelaten in absolute waarden het aantal niet-Belgische cliënten in behandeling (gedurende de ene week van *screening*) weer te geven. Aan de beperking dat cliënten meerdere malen worden meegeteld, aangezien zij vaak ofwel meer dan één keer dezelfde voorziening bezoeken ofwel

verschillende voorzieningen bezoeken ofwel beide, wordt tegemoetgekomen omdat de gegevens werden verzameld gedurende één week (cf. figuur 4).

Figuur 4 : Het aantal niet-Belgische cliënten in de hulpverlening in Groot-Gent (situatie oktober 1999-Gent)

Type voorziening	Totaal aantal cliënten	Aantal niet-Belgische cliënten (niet-EU)
Ambulante centra voor psycho-sociale opvang	20	0
Ambulante centra voor medisch-psycho-sociale opvang	232	21
Residentiële kortdurende opvang	48	0
Residentiële langdurige opvang	142	8
Totaal	**442**	**29 (6,5%)**

Aangezien het hierbij gaat om registratiegegevens verkregen gedurende slechts één week dienen we hier te spreken van een moment-opname. Daar het totale aantal bereikte cliënten van ambulante centra voor psycho-sociale opvang gedurende die periode slechts 20 cliënten bedraagt, en het voor de residentieel kortdurende opvang slechts om 48 cliënten gaat, is enige nuancering van bovenstaande cijfers uiteraard wel belangrijk. Toch stellen we vast dat de aangehaalde cijfers de interviewgegevens passend illustreren. Zo lijken de meeste niet-Belgische cliënten (niet-E.U.) vooral in de ambulante centra voor medisch-psycho-sociale opvang terecht te komen en minder door te stromen naar meer hoogdrempelige vormen van zorg (zie ook Braam, Verbraeck en v.d. Wijngaert, 1998).

3. *Onderzoeksresultaten*

In wat volgt wordt ingegaan op de belangrijkste tendensen betreffende de drughulpverlening aan allochtone cliënten, zoals aangegeven door de participerende voorzieningen uit de regio Groot-Gent. Hiertoe werden de uitgeschreven interviews en focusgroepen uitvoerig geanalyseerd. We herhalen nog even dat allochtonen gedefinieerd werden als mensen met een andere etnisch-culturele achtergrond (dus ruimer dan enkel de niet-Belgen). Ten slotte willen we nogmaals wijzen op de gehanteerde symbolen bij het gebruik van letterlijke citaten, die ter illustratie en/of verduidelijking worden gepresenteerd :

- Met '... ' wordt in de citaten een stilte of aarzeling aangegeven.
- '(...)' wordt gebruikt voor het weglaten van een fragment (en/of tussenwerpsels), en dit omwille van de leesbaarheid.
- '[tekst]' ten slotte wijst op door de onderzoekers toegevoegde tekst, opnieuw ter wille van de leesbaarheid.

3.1. Hoe wordt de doelgroep omschreven ?

Een eerste belangrijke *topic* is de manier waarop de hulpverlenende instanties zelf de populatie omschrijven. Opvallend is dat een aantal sleutelfiguren op de vraag 'Hoe definiëren en omschrijven jullie de doelgroep allochtonen ?' aangeven daar eigenlijk nog niet echt te hebben over nagedacht :

'Die is niet duidelijk beschreven of gedefinieerd.'

'Omdat wij niet zo specifiek met de doelgroep werken ligt het een beetje moeilijk zo om dat te beschrijven.'

'(...) definiëren. Daar heb ik nog niet bij stilgestaan omdat het zo evident is.'

Andere voorzieningen geven aan dat ze de doelgroep voornamelijk vanuit etnisch-culturele hoek omschrijven en de populatie dus ruimer invullen dan enkel de niet-Belgen.

'Het is vanuit etnisch-culturele hoek dat we ze omschrijven (...). Of het nu gaat om een Belg of niet, het is de culturele afkomst en de etnische afkomst die telt.'

'We vertrekken niet zozeer van een indeling van allochtonen (...) [die] noemen wij 'diversiteiten'.'

'Allochtonen zijn mensen van een andere etnische afkomst, ja, maar het gaat voornamelijk om niet-Europeanen.'

De meeste voorzieningen hanteren geen specifieke term voor de populatie allochtone cliënten. Eén voorziening spreekt bewust over 'allochtonen' (naast autochtonen), een andere over 'diversiteiten'. De diensten die zich specifiek naar allochtonen (in het algemeen) richten, hanteren ofwel de termen die vanuit de overheid gelden, namelijk 'etnisch-culturele minderheden' of andere (ruimere) begrippen zoals bijvoorbeeld 'randgroepjongeren' of 'kansarme jongeren'

'Eigenlijk worden die termen altijd door de overheid bepaald naargelang het decreet verandert (...). Dus ons decreet is veranderd, dan zijn etnisch-culturele minderheden gekomen als term.'

Op de vraag 'Gaan jullie zich bewust richten op allochtonen of net niet ?' werden verschillende antwoorden gegeven. Opvallend is dat geen enkel initiatief zich expliciet richt tot de allochtone druggebruiker. Men staat ervoor open, maar biedt *in principe* geen specifieke werking aan.

'Ze zijn welkom. Dat is voor ons geen punt.'

'We proberen daar in onze werking bijzondere aandacht voor te hebben.'

'We willen wel een aantal zaken ondernemen (...) maar of we dat juist in die vraagstelling van u kunnen zetten, dat weet ik niet.'

'In dit stadium (...) nog niet. Maar we zijn er wel mee bezig.'

'We gaan ons daar niet bewust op richten, maar ze behoren zeker tot de doelgroep.'

3.2. *Over de reeds gehanteerde methodieken bij de begeleiding van allochtone cliënten*

Op de vraag 'Hanteren jullie een specifiek werkmodel bij het omgaan met deze populatie?', waarbij dus gepeild werd naar de huidige stand van zaken in de drughulpverlening, antwoorden nagenoeg alle voorzieningen dat ze over geen geëigende methodiek beschikken.

'Als ge bedoelt, specifiek op die gericht, neen.'

'We moeten bij alle mensen rekening houden met hun bijzonderheden (...) voor zover zij daar geen gebruik of misbruik van maken.'

'Neen. Het is gewoon (...) hetgeen dat ik daarjuist al een beetje gezegd heb, dus het laagdrempelige, het multidisciplinaire (...).'

'(...) het [hulpverleningsJarsenaal is afgebakend voor de drugproblematiek, maar niet specifiek voor de allochtonen daarbinnen (...).'

'(...) om nu echt te zeggen ... een bepaalde strategie, (...) geen één hulpverlener kan u zeggen dat hij een bepaalde strategie kan toepassen.'

'Neen, neen, eerder van : kunnen we met ons werkmodel dat individu binnen de groep bereiken ?'

De meeste voorzieningen geven echter wel aan nood te hebben aan een specifieke methodiek om allochtone cliënten te begeleiden, al is dit opnieuw geen algemeen geldende vaststelling. Een aantal verklaren immers tot op heden geen echte moeilijkheden te hebben ondervonden.

'(...) wij hebben eigenlijk nooit echt de behoefte aangevoeld om voor die groep een speciale methodiek te gaan ontwikkelen.'

Zonder te kunnen spreken van een echte methodiek, houden de meeste voorzieningen wel rekening met bijzondere noden en behoeften die bij allochtone cliënten leven. Opvallend hierbij is dat deze aspecten meestal niet bewust zijn ontwikkeld, maar gaandeweg vanuit de dagelijkse praktijk zijn gegroeid.

'(...) dat we uiteindelijk de idee hebben, allochtonen of gelijk wat, iedereen is gelijk voor ons. Ik denk dat we daaruit ook niet [een] bewuste keuze kunnen maken [om rekening te houden met specifieke behoeften bij allochtone cliënten]. Het is eerder zo van : vanuit ons gedachtegoed gaan we naar het verhaal van de patiënt luisteren (...)'

De voorzieningen geven aan dat het in de eerste plaats toch belangrijk is om uit te gaan van de persoonlijkheid van iedere allochtone cliënt. Rekening houden met de noden en behoeften van mensen met een andere etnisch-culturele achtergrond impliceert immers niet automatisch dat bij iedere allochtone cliënt deze noden en behoeften zomaar kunnen worden verondersteld.

'En ook de enorme diversiteit zelf binnen de migranten (...), ge kunt niet zeggen dat Turken op zich één homogene groep vormen in hun problematiek, verslavingsproblematiek.'

'Waar haalt men het idee te spreken van een groep ? [doelend op de verschillende nationaliteiten]'

Op de vraag 'Wie hanteert dit werkmodel (iedereen, één of meerder specialisten, ...) ?' antwoorden alle voorzieningen 'iedereen'. Voor het ogenblik werkt geen enkele van de participerende voorzieningen met één specifieke begeleider voor allochtone cliënten. Een aantal voorzieningen geven wel aan dat daar volgens hen nood aan is.

'Als daar de mogelijkheid toe komt zullen we dat niet nalaten, ook omdat ge merkt dat vanaf dat ge zo iemand in een team hebt, dat dan ook de rest van uw team in dat denken meegenomen wordt en daardoor bevrucht wordt (...)'

3.3. Over de knelpunten bij de begeleiding en behandeling van allochtone cliënten

Eén van de belangrijkste doelstellingen van het onderzoek bestond erin een overzicht te geven van de meest voorkomende en pertinente struikelblokken betreffende de begeleiding en behandeling van allochtone cliënten in de drughulpverlening. Het leek interessant hierbij een analoge indeling te volgen als deze die gehanteerd wordt in het Nederlandse onderzoek van Braam, Verbraeck en v.d. Wijngaert (1998). Fundamenteel spreken zij over een drietal grote domeinen, namelijk een gebrek aan 'zicht' op de problematiek, een gebrek aan 'grip' op de cliënten en een gebrek aan 'beleid'. In het volgende deel (3.4.) wordt per probleemgebied

ingegaan op een aantal mogelijke oplossingen zoals die in de eerste plaats vanuit de hulpverlening werden geformuleerd. Tevens worden verder in deze tekst een aantal andere aangrijpingspunten (o.a. vanuit de literatuur) en twee voorbeelden van een 'good practice' (3.5.) uitgewerkt.

3.3.1. Een gebrek aan 'zicht' op de problematiek

Een belangrijke vaststelling bij de bevraging van de voorzieningen is de moeilijkheid die ze ondervinden om een duidelijk beeld te krijgen van het aantal allochtone druggebruikers, hun familiale en etnische achtergronden, hun hulpvragen, hun specifieke noden en behoeften betreffende behandeling, ... kortom de specifieke kenmerken van allochtone druggebruikers en hoe de hulpverlening daar kan op afgestemd worden.

'Eén probleem is eigenlijk dat we te weinig kijk hebben op de achtergrond (...) en de drugproblematiek zelf bij migranten (...).'

'(...) hoe moet je nu hulpverlening gaan aanbieden ?'

'Ik denk vooral toch zo van het is toch een andere cultuur en er zijn toch wel andere verwachtingen, andere manieren van omgaan, waar dat ge u soms altijd niet bewust [van] zijt, hoor.'

'(...) één van de kernproblemen is juist omdat we de reden vaak achterwege laten en dat we dan maar gaan proberen, zonder dat we eigenlijk terugvallen op de reden, van wat is nu de oorzaak van die problematiek.'

'(...) en mijn bedenkingen zijn dat wij van heel weinig (...) dingen die we zouden kunnen veronderstellen rond allochtonen en drugproblematiek, dat we van weinig dingen zeker kunnen zijn.'

Voornoemd Nederlands onderzoek spreekt in dit verband van een groot aantal verborgen verslaafden, m.a.w. mensen die door de hulpverlening niet of nauwelijks bereikt worden. Ook de bevraagde drughulpverleners wijzen op deze moeilijkheden :

'Maar dus in eerste instantie [is het aantal bereikte cliënten] niet in verhouding tot [het] voorkomen van problemen (...) cijfers is altijd moeilijk [maar] als we zien hoeveel dat er zijn ... het kan niet. Het zijn er te weinig (...).'

Na analyse van de antwoorden op de vraag 'Volgens literatuur is kennis van de andere cultuur ('cultural responsiveness') van heel groot belang. In hoeverre wordt daar bij jullie aan tegemoet gekomen ?', blijkt dat veel voorzieningen aangeven dat dit inderdaad een zeer belangrijk aspect is. Tegelijk geven een aantal onder hen aan daar eigenlijk te weinig van af te weten.

'We hebben het gevoel dat we daar altijd in gesukkeld hebben.'

'(...) [om] het verhaal naar waarde te schatten is [het nodig] (...) te weten vanuit welke hoek zij spreken (...).'

'Maar ge moet de cultuur of de achtergrond van die persoon toch goed kennen om dan (...) te toetsen waar hij staat in die cultuur.'

3.3.2. Gebrek aan 'grip'

Doorheen de bevraging van de voorzieningen kwamen een aantal knelpunten bij de begeleiding van allochtone cliënten aan bod. Volgend overzicht (cf. overzicht 2) geeft aan om welke problemen het gaat. De volgorde is louter willekeurig.

Overzicht 2 : Een aantal moeilijkheden bij de begeleiding van allochtone cliënten in de drughulpverlening

- Communicatieproblemen tussen hulpverlener en cliënt.
- Een gebrek aan 'cultural responsiveness' (zie 3.3.1).
- Problemen met het betrekken van belangrijke derden (familie, verwanten, vrienden) bij de hulpverlening.
- Het kortstondig en instrumenteel gebruikmaken van de hulpverlening door allochtone cliënten.
- Gebrek aan hulpverleners met een andere etnisch-culturele achtergrond.
- Moeilijkheden omtrent de perceptie van bepaalde begrippen (o.a. status en eer) en de ziektebeleving door allochtone cliënten.
- De moeilijkheid om informatie te verspreiden naar de populatie.
- De invloed van de cultuur op de hulpverlening en de manier om hiermee om te gaan.

- De moeilijkheid om met de cliënt contact te houden eens die in begeleiding is (vb. omwille van *drop-out*).
- Het kleine aantal cliënten in meer hoogdrempelige voorzieningen.

Communicatieproblemen

Een probleem dat vele hulpverleners aangeven is het – voor de hand liggende, maar daarom zeker niet minder belangrijke – communicatieprobleem.

'(...) de essentie van de problematiek is vaak hetzelfde als bij een autochtoon, maar de manier waarop je het bespreekbaar maakt en de manier waarop dat je met strategieën gaat werken om problemen op te lossen, die zijn verschillend.'

'En bij die nieuwe groep is het de taalbarrière (...).'

Het is belangrijk op te merken dat naast het taalprobleem *an sich* (in de zin van elkaars taal niet te begrijpen) ook de manier van communiceren voor problemen lijkt te zorgen. Zoals Braam, Verbraeck en van de Wijngaert (1998) al opmerkten kan er dan ook sprake zijn van een inhoudelijk taalprobleem, anders gezegd een verkeerd begrijpen van elkaars boodschappen.

'Ook dingen die wij niet gewoon zijn in communicatie : het onderhandelen is heel sterk (...).'

'(...) mensen die over het algemeen wel ... basis Nederlandse taal kunnen, maar het feit dat het soms maar basis is, maakt ook soms kleine nuances moeilijk ... over te brengen, als ze dat (...) al gewoon zijn om te doen, natuurlijk.'

'(...) en dan willen ze dat gezegde vertalen, maar een gezegde vertalen is al niet eenvoudig (...).'

Het blijkt dan ook dat een aantal voorzieningen het niet kunnen hanteren van de Nederlandse taal als uitsluitingscriterium gebruiken.

'Wij werken eigenlijk bijna uitsluitend met migranten die Nederlands praten (...).'

Het betrekken van de familie

Een moeilijkheid die zo goed als alle voorzieningen aangeven, treedt op bij het betrekken van significante derden (familieleden, verwanten, vrienden) bij de begeleiding van allochtone cliënten.

> *'Ja, die [de familie] wordt daar wel bij betrokken, maar onze ervaring is dat dat weeral moeilijker ligt, juist bij die populatie om de omgeving daarbij te betrekken.'*

> *'Wat dat we daarin aanvoelen dat het moeilijk is een invalshoek te vinden naar de familie toe, omdat het daar strop loopt.'*

> *'Dat [iemand uit de omgeving betrekken] lukt, maar kan veel tijd vragen (...)'*

> *'(...) bij migranten zit ge natuurlijk met een veel sterker taboe en een veel sterkere afwijzing vanuit hun eigen familiestructuur cultuur en zo, waardoor zij eigenlijk een stuk als een geïsoleerde [in behandeling] komen.'*

Toch wordt precies de omgeving (omwille van het bestaan van hechte familiale banden) door vele voorzieningen als een kans gezien om de hulpverlening op 'gang te krijgen'. Zo trachten de meeste voorzieningen altijd wel iemand uit de omgeving bij de behandeling te betrekken. Meestal gaat het hier om ouders, broers of zussen, die in een aantal gevallen ook wel eens als tolk worden ingeschakeld. Ook medegebruikers worden soms ingeschakeld.

> *'(...) vaak ook gebruikers, of mensen die ergens in het zog van die mensen naar hier zijn gekomen en die dan soms wel een keer bereid zijn te tolken.'*

> *'Wij hebben soms een keer (...) de broer of de kozijn of familie [op bezoek] (...).'*

Het concrete en kortstondige van de hulpverlening

Bij de bevraagde voorzieningen staat het werken met het 'woord' vaak centraal. Het onder woorden brengen van gevoelens en emoties binnen therapeutische gesprekken is hierbij zeer belangrijk. De participerende voorzieningen geven meer dan eens aan dat allochtone cliënten

meer nood lijken te hebben aan concrete pragmatische hulpverlening, waarvan ze instrumenteel en slechts kortstondig lijken gebruik te maken. Het denken op lange termijn - ook voor de behandeling van drugproblemen - is voor deze mensen zeer moeilijk.

'Heel concreet in de zin van ... een allochtoon komt niet voor het geheel. Die komt niet voor de hulpverlening voor zijn globale problematiek. (...) Ik heb ook zo een beetje het gevoel dat allochtonen hulpverlening, zonder het negatief te willen uitdrukken, een stuk instrumenteel bekijken.'

'Wij noemen die tegenwoordig 'opduikers'. (...). Ze hebben een probleem, ze willen dat dan zo snel mogelijk (...) bespreken.'

'Het [=de behandeling] is korte termijn.'

Het gebrek aan allochtone medewerkers

Zonder te vervallen in het cliché dat men slechts als allochtoon ten volle kan begrijpen wat de problematiek inhoudt en hoe er het best op in te spelen[8], lijkt het ons wel relevant de vraag te stellen naar het aantal allochtone medewerkers per voorziening.

'Ik vind niet dat ge altijd allochtoon moet zijn om een allochtoon te helpen of dat dat het beste is, maar ge moet de cultuur van de persoon of achtergrond toch goed kennen (...).'

De meeste voorzieningen geven aan niet over allochtone medewerkers te beschikken, al vinden ze bijna allemaal dat dit eigenlijk wel zinvol zou zijn. Als voornaamste redenen halen zij hiervoor aan : het vertrouwen van de cliënt, de kennis van de taal, de herkenbaarheidsfactor, de kennis van de cultuur, ...

'Die gaan zeker positieve inbreng hebben. Ik denk dat er een rappere en vlottere manier van vertrouwen kan gecreëerd worden.'

[8] Leman (1998, p. 10) schrijft in dit verband : '... enkele clichés van de hedendaagse 'common sense' in de integratieretoriek, zoals bijvoorbeeld "dat men zelf migrant moet zijn om beter migranten te verstaan"...

'Ik denk dat dat wel belangrijk is dat ge iemand in uw team kunt hebben (...) [dat is] een beetje een herkenbaarheidsfactor.'

'Iemand aan het onthaal van een andere cultuur, dat geeft ook al een ander beeld. (...) Een onthaal vind ik toch ook soms heel belangrijk (...).'

'Wel spijtig dat die [allochtone medewerker] hier niet is, die zou ons misschien al tien keer hebben tegengesproken.'

'Ik bedoel ge kunt er wel wat over[over culturele eigenheden] lezen, maar dat lost ook niets op. De ervaring die wij zoeken is volledig anders, hé. Dat zou, denk ik dan toch, opgelost kunnen worden door eventueel een allochtone hulpverlener (...).'

Er zijn ook een aantal voorzieningen die hierbij wel enkele kritische opmerkingen hebben. Zo ervaren zij het als een probleem om verschillende allochtonen te bereiken met een heel sterk uiteenlopende culturele achtergrond en nationaliteit. Daarnaast leeft ook de vraag of voor het in dienst nemen van allochtone hulpverleners dezelfde eisen moeten worden gesteld als bij autochtone hulpverleners. De reden hiervoor is het grote gebrek aan beschikbaar personeel met een andere etnisch-culturele achtergrond.

'Selectief in wie dat ge aanneemt. (...) maar ik denk dat dat bij de Belgen ook zo is, die 't zo wat in de vingers hebben.'

'De kwaliteit van de hulpverlener speelt nog altijd een grote rol'.

'En ook de enorme diversiteit zelf binnen de migranten op zich. (...) Dus ge zoudt dan eigenlijk heel veel migrantenmedewerkers moeten hebben.'

'(...) ge zoudt al een een Turkse medewerker moeten hebben en een Marokkaanse (...).'

Over de ziektebeleving en de perceptie van status en eer...

Allochtone cliënten hebben vaak een ander beeld dan de Vlaamse hulpverleners over wat verslaving is en hoe dit kan behandeld worden. Zo gaan zij vaak onderliggende problemen uiten

via lichamelijke klachten (*somatiseren*).

'(...) de klachtendefinitie die zich dan ook (...) uit meestal in een vraag naar een contact met de psychiater [als arts] van het team'.

'Veel migranten komen bij ons met heel concrete vragen naar de dokter toe (...) somatiseren heel wat zaken.'

'(...) alles inderdaad naar lichamelijke klachten (...) waardoor dat mensen zelfs weten : via die lichamelijke klacht ga je dat eigenlijk uiten.'

'(...) de psychische klachten worden vertaald in lichamelijke klachten (...).'

Ook de houding ten opzichte van (familie)eer kan soms problemen opleveren bij de begeleiding van allochtone cliënten.

'(...) die eer, dat is echt zo een hoofdzaak. Familie-eer ook, wij kennen dat bijna niet.'

'Dus die eer, dat is iets dat ik in de problematiek het moeilijkste vind (...).'

'(...) [iets] forceren rond het bespreekbaar maken van emotionele problematieken, dan ga je over die grens van die trots en eer.'

Het grote aantal gedwongen hulpverleningen

Een aantal sleutelfiguren gaven aan dat ze de indruk hadden dat allochtone cliënten eerder in de hulpverlening terechtkwamen wanneer ze doorverwezen werden op basis van een juridische maatregel dan wel op eigen initiatief.

'(...) *ik denk ook wel dat wij een categorie van migranten hebben die niet representatief is voor de populatie (...) mensen met drugproblemen, met toch vrij veel criminele antecedenten.'*

De moeilijkheid van informatieverspreiding naar de populatie

Over de mate waarin mensen met een andere etnische afkomst op de hoogte zijn van het hulpverleningsaanbod blijken de meeste voorzieningen het eens te zijn : de omgeving van de cliënt en vooral dan de ouders blijken hier meestal geen (duidelijk) zicht op te hebben.

'Ik denk dat de belangrijkste moeilijkheid is, die informatieverspreiding (...).'

'(...) die ouders, dat zijn meestal mensen die analfabeet zijn, dus hun weg [in de hulpverlening] niet kennen.'

'(...) die mensen vinden de weg niet naar de hulpverlening (...).'

Toch blijkt er bij de ouders (en de ruimere omgeving van de cliënt) wel degelijk interesse te bestaan om meer over de problemen en het mogelijke hulpverleningsaanbod te weten te komen. De ouders zouden in deze context ook aangeven eigenlijk minder en minder het gevoel te hebben nog controle te kunnen uitoefenen op hun kinderen of zelfs maar een zicht te hebben op wat hun zoon of dochter bezighoudt.

'(...) ouders zijn zeker geïnteresseerd (...) er waren echt wel een aantal mensen enorm geïnteresseerd..'

'Ouders geven zelf vaak aan dat ze het gevoel hebben dat ze niets te zeggen hebben ... Ouders zeggen bijvoorbeeld ook dat ze geen zicht hebben op de vrijetijdsbesteding (...).'

'(...) die gasten kunnen hun ouders verschillende dingen wijsmaken (...).'

Dit in tegenstelling tot de allochtone cliënten zelf, die over het algemeen wel goed op de hoogte blijken te zijn van wat de Vlaamse hulpverlening hen te bieden heeft.

'Nu ik stel mij eigenlijk wel de vraag of dat migranten het aanbod minder goed kennen ... ik heb de indruk dat het probleem is dat ge een goed aanbod moet hebben naar migranten (...).'

'[de cliënten] weten sowieso de weg te vinden naar de hulpverlening (...).'

'(...) die gasten weten wel waar ze naartoe kunnen (...) die kennen alles waar dat ze hun medicatie kunnen halen, om twaalf uur 's nachts of om twee uur 's morgens.'

De invloed van de cultuur op de hulpverlening

De bevraagde voorzieningen gaven duidelijk te kennen dat de culturele achtergrond van allochtone cliënten vaak botst met de manier waarop de hulpverlening wordt georganiseerd. Zo wordt het in Vlaanderen bijvoorbeeld algemeen aanvaard om binnen een therapeutische setting over emoties en gevoelens te praten, terwijl dit voor allochtone cliënten toch moeilijk blijkt te zijn.

'Wat wij ook aanvoelen is dat [als] het gaat om emotioneel werk (...) dat een aantal dingen qua cultuur duidelijk verschillen.'

'(...) ons programma is nogal gericht op het werken met emoties (...) en dat blijkt ook helemaal niet evident te zijn binnen de Marokkaanse of Turkse cultuur ...'

'(...) de ontvankelijkheid voor therapie ; de wens bij die groep om meer therapeutisch te gaan werken (...) is ook zo klein (...).'

Hierbij geven de voorzieningen ook aan moeilijkheden te ondervinden om precies vast te stellen wat de invloed van de cultuur is, omdat ze te weinig voeling hebben met de achtergrond van de cliënten. Ze hebben het gevoel soms niet te begrijpen waar de invloed van cultuur eindigt en het misbruik maken ervan begint.

'Nu het spelen met die dubbele cultuur, wat de derde generatie toch al goed kan, is toch een spel (...).'

'Maar het lijkt wel of ze tussen de twee culturen vallen ; (...) ze gaan dat hanteren en we geraken er niet voorbij (...).'

Een aantal voorzieningen geven ook aan dat het geloof in traditionele geneeswijzen of alternatieve 'behandelingswijzen' bij de omgeving van de allochtone cliënten vaak nog heel sterk leeft. Naast het consulteren van 'wijzen' en 'traditionele' genezers, worden allochtone cliënten

door hun ouders nog dikwijls gedwongen (een tijd) naar het thuisland terug te keren, in het leger dienst te nemen of te huwen met iemand uit het thuisland. Kortstondig lijken deze 'oplossingen' ook wel succes te hebben, maar na deze *katharsis*-ervaring (loutering) hervalt de allochtone cliënt meestal vrij snel. Soms interfereren deze activiteiten ook met wat de Vlaamse hulpverlening beoogt te doen. Traditionele genezers geven allochtone cliënten immers soms de raad bepaalde adviezen van Vlaamse hulpverleners naast zich neer te leggen.

'We zien ook nog een aantal ouders die denken dat (...)[een psychose uitgelokt door druggebruik] een soort bezetenheid is (...) Het gebeurt dat ze ... naar een [alternatieve genezer] gaan... Het (...) probleem is (...) met medicatie (...), zijn er dan [alternatieve genezers] die dat afraden.'

'(...) ouders bekijken (...) dat zelf ook nog dikwijls (...) met traditionele geneeswijzen.'

'(...) het is dan een soort katharsis, zo van ge zult op het platteland bij opa ... Maar als het verslaafden zijn is het [daarmee] niet opgelost ...'

Het kleine aantal cliënten in meer hoogdrempelige voorzieningen

Een probleem dat door een aantal voorzieningen wordt aangegeven is de geringe aanwezigheid in de meer hoogdrempelige vormen van zorg. Bovendien verklaren de voorzieningen ook dat het moeilijk is om allochtone cliënten in behandeling/begeleiding te houden.

'Ik denk dat dat niet alleen voor allochtonen (...) is. En het zou me inderdaad niet verwonderen moesten allochtonen daarin nog een groter probleem hebben (...).'

'Eigenlijk zijn wij een hoogdrempelige vorm van zorg. Hetgeen dat ik (...) gezegd heb over de [kleine] aantallen [bereikte allochtonen] bevestigt dat (...)'.

'... dat we er nog nooit echt in geslaagd zijn om op dat vlak succes te boeken. Met een aantal mensen zijn we al vrij lang op weg geweest (...).'

3.3.3. Een gebrek aan 'beleid'

Op de vraag in hoeverre de Vlaamse voorzieningen ook het gebrek aan beleid vanuit de overheid vaststelden, antwoordden de meeste sleutelfiguren dat ze daar eigenlijk weinig zicht op hebben. Enkele voorzieningen hadden dan wel weer een uitgesproken mening :

'Er is geen beleid naar drugproblematiek bij allochtonen.'

'We zijn de laatste jaren getraind in het doelgroepenmodel door het convenant-denken. Er is geen convenant naar deze doelgroep (...).'

De mate waarin de voorzieningen het interne beleid naar deze doelgroep vormgeven werd reeds beantwoord bij de analyse van de vraag of ze zich bewust naar allochtonen richten en waarom (niet). Hieruit blijkt dat de doelgroep allochtonen bij de meeste voorzieningen (tot nu toe) niet de meest belangrijke prioriteit in het beleid is (geweest), niet zelden omdat wordt aangegeven dat er voorlopig weinig allochtone cliënten worden bereikt.

3.4. Mogelijke aangrijpingspunten bij de begeleiding en behandeling van allochtone cliënten

Een opsomming van moeilijkheden lijkt ons weinig functioneel indien er aansluitend geen mogelijke oplossingen worden aangeboden. Per probleemgebied (i.c. 'zicht', 'grip', 'beleid') zal dan ook worden ingegaan op de mening en voorstellen van de voorzieningen zelf. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan eventuele knelpunten m.b.t. de – door de sleutelfiguren – aangereikte oplossingen.

Bij de bevraging van de voorzieningen tijdens de interviews en vooral tijdens de focusgroepen werd in de eerste plaats dan ook gepeild naar hoe voorzieningen reeds met voornoemde knelpunten omgaan en welke aangrijpingspunten zij voor de toekomst zien. Naast deze interview- en focusgroepgegevens (die het belangrijkste deel vormen van onderstaande tekst) worden ook twee voorbeelden gepresenteerd van mogelijke 'good practice', zonder hierbij echter deze manieren van werken als dé (enige of meest succesvolle) methodieken te willen afschilderen. Een aantal ideeën kunnen echter wel fungeren als leidraad aangezien hierbij een aantal concrete aangrijpingspunten vanuit de praktijk geboden worden.

3.4.1. Hoe kan het 'zicht' op de problematiek verbeterd worden ?

Bijna alle voorzieningen geven aan dat bijscholings- en vormingsinitiatieven interessante mogelijkheden kunnen bieden voor het verwerven van meer kennis over de specifieke kenmerken van allochtone druggebruikers, bijvoorbeeld over de familiale en etnisch-culturele achtergronden, de aard van de hulpvragen en eventuele specifieke noden en behoeften die bij cliënten leven.

'(...) bijscholing is ook wel belangrijk ... om een keer de vorming [daaraan] te wijden (...).'

'(...) we gaan een studiedag volgen en dan zeggen (...) dat is interessant (...).'

'Op dat vlak ... [is] opleiding voor hulpverleners ook wel heel belangrijk (...).'

'(...) en dat is toch al de moeite waard om eens een stuk specifieke opleiding rond te geven.'

Tegelijk verklaren ze dat het misschien interessant zou zijn, mochten deze aspecten in de algemene opleiding aan universiteiten en hogescholen meer aan bod komen en ook in het specifieke vormingsaanbod na de opleiding meer georganiseerd worden.

'(...) een specifieke opleiding (...) En ge komt daar eigenlijk ook in het aanbod heel weinig rond tegen.'

'Ik denk dat er per jaar ongeveer één keer ergens een sessie doorgaat van een paar uurtjes rond allochtonen en hulpverlening en daar blijft het bij (...).'

'Een domein apart dat in [de] opleiding weinig of niet voorzien is (...).'

'(...) opleidingen door mensen die met die zaken (...) heel erg vertrouwd zijn, dat die wel belangrijk zouden kunnen zijn.'

In één van de focusgroepen werd het idee naar voor gebracht om met verschillende voorzieningen samen te zitten rond een aantal casussen en daarrond te werken en ideeën uit te wisselen :

'(...) dat we dan misschien moeten vertrekken vanuit casussen (...) [om] verschillende levensverhalen van allochtone ... drugverslaafden geschetst te zien, dus gaan kijken naar wat de invloeden daarop geweest zijn, hoe dat de hulpverlening daarmee omgegaan is, hoe dat het door de persoon zelf bekeken is en (...) dan ook in de aanwezigheid van andere allochtonen die dan wel meer verklarend kunnen werken. Meer gevalstudies en die gaan (...) bekijken vanuit verschillende invalshoeken met behulp van allochtonen zelf.'

Ook de samenwerking tussen de voorzieningen uit de drughulpverlening onderling en ruimer met diensten die zich specifiek richten tot allochtonen blijkt een mogelijke weg te zijn om de kennis over de populatie te vergroten, al is een dergelijke vorm van samenwerking nog niet formeel gerealiseerd (*'een bereidheid tot ... maar geen platform om het zo te noemen ...'*).

'[dat ge met] al die diensten en die hulpverleners gaat samenwerken en dan krijgt ge die overdracht (...) van kennis.'

'(...) iedere specialisatie rond een doelgroep brengt ook een netwerk aan contacten met zich mee(...).'

Een groot probleem dat bij een specifieke opleiding of specialisatie van een personeelslid voorkomt is het financiële aspect, in de zin dat er voor deze activiteiten vaak geen personeel voorhanden is.

'... en het verzorgen van zo'n netwerk is heel belangrijk om uw werking te kunnen uitbouwen. Maar daar kruipt heel veel werk in en daarom ... [gaan] we niet vooruit in die dingen omdat we te traag bevoorraad worden met mankracht ...'

Eén voorziening hanteert hierbij volgende methode om jaarlijks toch iemand te kunnen laten specialiseren in een bepaald domein :

'(...) wij houden ieder jaar een potje vrij en dan wordt iemand aangeworven (...) en die gaat dan in die [andere] dienst meewerken, maar wordt nog ... betaald door ons ... Dan kiezen we wel voornamelijk voor een co-begeleiding, (...) dan hebt ge de kans dat die met al die diensten en hulpverleners gaat samenwerken en dan krijgt ge die overdracht van kennis ... Wij doen dat al

met twee centra ... En eigenlijk is dat wel een methodiek die (...) lukt omdat ze (...) met een beperkte subsidie of geld, of een beperkt aantal personeelsleden [kan georganiseerd worden].'

3.4.2. Aangrijpingspunten voor de begeleiding ('grip') van allochtone cliënten

Communicatieproblemen

De meeste voorzieningen geven aan toch vrij vaak communicatieproblemen te ondervinden omdat de hulpverlener en de cliënt niet dezelfde taal spreken. Een relatief voor de hand liggende oplossing, namelijk het gebruik maken van professionele tolken, wordt door een aantal voorzieningen voorgesteld, al wijzen ze hierbij onmiddellijk op een aantal knelpunten die kunnen optreden.

'(...) anders moet ge met een tolk werken en dat is goed, maar dat is niet handig (...).'

'(...) ge hebt, natuurlijk gelijk hier in Gent, de tolkenservice, maar dat is ook niet overal beschikbaar. En is dat dan weer op gelijk welk moment beschikbaar ?'

'(...) lukt ons dat niet vanuit de omgeving, dan trachten we (...) met tolken (...) informatie te verzamelen (...).'

'(...) er is een tolkenservice waar we kunnen beroep op doen ..., maar het probleem is dat wij een publiek hebben dat zich zo weinig aan afspraken houdt (...).'

'... omdat die tolken een redelijke tijd op voorhand moeten aangevraagd worden. Op het moment dat de cliënt dan komt is de tolk er niet of andersom (...).'

'(...) een derde blijft een derde, hé.'

'(...) de taal die wij gebruiken in onze hulpverlening is zo essentieel en die verlies je een stuk doordat iemand gaat tolken. Die legt andere accenten, die vertaalt toch een stukje anders (...).'

'Dus doordat ge een derde persoon ertussen hebt, gaat die cliënt zich naar die derde persoon, die tolk, richten en ge hebt minder die band (...) met die cliënt.'

'(...) gaat die man effectief vertalen wat wij te vertellen hebben ? (...) en bij ons was dat voornamelijk naar familie toe.'

De oplossing die een aantal voorzieningen hierbij voorstellen is enerzijds trachten om familieleden af en toe als tolk te gebruiken, wat dan zowel voordelen (de familie wordt in de behandeling betrokken en de cliënt is vertrouwd met de tolk) als tegelijkertijd ook nadelen (persoonlijke belangen van de tolk kunnen een juiste vertaling verhinderen of bemoeilijken en de cliënt kan zich geremd voelen te praten) hebben. Anderzijds werd ook het initiatief om telefonisch tolken in de toekomst aan te bieden positief onthaald, omdat het de problemen rond afspraken maken duidelijk vermindert. Voorop lijkt in ieder geval te staan dat professionele tolken een flexibele en soepele service zouden moeten kunnen aanbieden.

'(...) de pogingen die nu ondernomen worden om telefonisch tolken te organiseren ... en hoe afstandelijk dat ook lijkt, (...) met iemand die telefonisch bijstand geeft, [zou] het toch een stap vooruit zijn ... aangezien het toch vaak om heel concrete zaken gaat ...'

'Wij vragen ook aan de mensen zoveel mogelijk op het moment dat ze contact nemen met het centrum iemand mee te brengen die onze taal beheerst (...) in die zin zijn dat ook zelden officiële tolken.'

'Dan probeer je wel mensen te zoeken in de omgeving, die misschien kunnen meehelpen (...) mensen die ergens in het zog van die mensen naar hier gekomen zijn en dan soms wel een keer bereid zijn te tolken.'

'(...) anderzijds is er natuurlijk wel (...) – in het beste geval – een oudere broer of zus die dan de zaken ook kan uitleggen.'

Een aantal voorzieningen wijzen ook op het belang van het beschikbaar maken van vertaalde folders, infobrochures, e.d.

'We gaan nu ook werken gaan vertalen, alle documenten die we in huis hebben (...) een affiche waarop in de meest voorkomende talen een aantal dingen staan, bijvoorbeeld rond de werking van het centrum (....)'

'En schriftelijk materiaal trachten wij te vertalen (...) maar dat is niet zo evident [bijvoorbeeld] een toetsenbord in Arabisch ...'

'(...) dat tolken breidt zich effectief uit tot het vertalen van preventiemateriaal (...).'

Het betrekken van de familie

Vele voorzieningen geven aan dat ze precies bij het betrekken van de familie de meeste moeilijkheden ondervinden. Het is belangrijk om respect te tonen voor de culturele eigenheden en dit voornamelijk tegenover de familie. Zij blijken immers gevoelig te zijn voor de manier waarop bepaalde van hun gebruiken binnen de hulpverlening gerespecteerd worden. Zo geeft een voorziening aan dat expliciet de mogelijkheid bieden om bijvoorbeeld een varkensvleesvrij dieet te kunnen volgen voor ouders zeer belangrijk zou zijn.

'Maar bijvoorbeeld voor het vertrouwen van de ouders is dat soms wel belangrijk (...) als zij weten dat een instelling daar respect voor heeft (...) als ge op een bepaald moment (...) met de ouders in contact komt, zijn dat soms heel belangrijke dingen die zij als een erkenning zien.'

Vanuit hun medisch georiënteerde visie op verslavingsproblemen hebben ouders van allochtone cliënten vaak ontzag voor de medische sector. Als ingangspoort kan dan ook van dit respect voor het medische worden gebruikgemaakt. Allochtonen verwachten dan wel dat een dokter zich formeel gedraagt, dus dat hij of zij gebruik maakt van de uiterlijke tekenen (zoals het dragen van een witte schort) eigen aan de functie.

'(...) ze geloven nogal in de medische sector ook omdat de andere [vormen van hulpverlening] in het thuisland niet zo bekend [zijn], laat staan hier.'

'(...) zij hebben veel meer ontzag voor die dokter met zijn schort ... dus ... artsen moeten soms ... een dubbele rol spelen ... en [iemand] die die rol niet speelt, krijgt dat respect ook niet ... of [men] begint te twijfelen aan zijn capaciteiten (...).'

Sommige voorzieningen trachten de familie in de behandeling te betrekken door gebruik te maken van - voor de familie - vertrouwde tolken. Andere geven aan al eens gebruik te maken van een intercultureel bemiddelaar.

'(...) zoeken naar een tolk die niet te ver van die familie afstaat, maar [er] ook niet net middenin staat.'

'Als het gaat om familie is het wel 's gebeurd dat we dan een intercultureel bemiddelaar (...) inschakelen.'

Ook wordt gewezen op het belang van *outreaching* ; om dus als hulpverlener naar de cliënten toe te stappen en niet af te wachten tot wanneer de cliënt naar de hulpverlener komt.

'(...) bijeenkomsten organiseren met ouders en broers ... die mensen daar gaan opsporen en gaan opzoeken ...'

Concreet werken op korte termijn

Allochtone cliënten lijken voornamelijk op zoek naar concrete hulpverlening, gericht op de specifieke problemen (huisvesting, administratieve problemen, gezondheidsproblemen, ...). Een aantal voorzieningen geven aan dat het belangrijk is hier begrip voor te hebben en deze problemen ook aan te pakken. Ze beschouwen het immers als een mogelijkheid om via het werken aan concrete problemen ook de meer onderliggende problemen bespreekbaar te maken.

'het feit dat (...) de anonimiteit redelijk gegarandeerd wordt, het medische aspect en het heel concrete (...).'

'wij hebben gekozen (...) van ons ook een stuk instrumenteel te laten gebruiken (...).'

'(...) we gaan ook niet proberen om noodzakelijk emoties bespreekbaar te maken ... maar eerder te werken met concrete zaken (...).'

'(...) gelukkig geeft u dat wel de mogelijkheid om gaandeweg een band te ontwikkelen met die persoon (...).'

'(...) die mensen [komen naar hier] met een vraag 'ik wil dat' (...) en als wij dan zeggen (...) 'wij moeten de tijd krijgen om u te leren kennen om op die vraag te antwoorden (...) dat werkt niet of die komen niet.'

Daarnaast geven een aantal voorzieningen ook aan dat het belangrijk is om op korte termijn te werken.

'Het is korte termijn. Ook al denkt ge in lange termijn (...) maar maakt [de behandeling] in stukjes, kap de behandeling [in een aantal deeltjes].'

Allochtone medewerkers in dienst nemen

De meeste voorzieningen zijn het erover eens dat het in dienst nemen van medewerkers met een andere etnisch-culturele afkomst belangrijke voordelen biedt voor de begeleiding van allochtone cliënten. Er is bij de voorzieningen dan ook een grote principiële bereidheid om allochtone medewerkers in dienst te nemen, maar er blijkt te weinig aanbod te zijn van gekwalificeerd personeel met een andere etnisch-culturele achtergrond. Eén voorziening geeft in dit verband de mogelijkheid aan om mensen tewerk te stellen en hen ondertussen, bijvoorbeeld via de faciliteiten van educatief verlof, een opleiding te laten volgen :

'(...) allochtonen (...) tewerkstellen en ze dan een opleiding geven ... Een mogelijkheid tot opleiding [geven] en dat is echt wel de moeite om te investeren (...).'

Een tweede moeilijkheid die een aantal voorzieningen aangeven is dat een (groot) aantal allochtone cliënten liever niet begeleid worden door personeel met dezelfde etnisch-culturele achtergrond. Ze vrezen immers dat hun anonimiteit in gevaar zal komen omdat de hulpverlener van dezelfde etnisch-culturele gemeenschap deel uitmaakt. Eén voorziening geeft echter aan dat dit door sommige cliënten positief ervaren wordt omwille van het vertrouwen dat al *a priori* aanwezig is tussen de hulpverlener en de cliënt.

'(...) als ge iemand neemt vanuit de gemeenschap die een bepaalde naam heeft dan kijken die gasten daar ook naar op en zeggen ... die ... kunnen we [voor] honderd procent vertrouwen (...).'

Een andere dienst geeft dan weer de raad om een *neutraal* iemand aan te werven :

' Ge moet een vrij neutrale figuur hebben [iedereen] heeft zijn verleden, zijn familie en zit dat niet goed ... dan gaat [die] het niet kunnen waarmaken (...) En een neutraal iemand die niet van Gent is, (...) die staat (...) minder onder druk van die gemeenschap en die geraken daar ook wel binnen (...).'

De medische dimensie en respect voor status en eer

Volgens de bevraagde voorzieningen heeft een behandeling bij allochtone drugverslaafden meer succes wanneer gewerkt wordt vanuit een medische invalshoek. Aangezien zij immers vaak onderliggende problemen gaan somatiseren, doen zij dan ook frequent beroep op de hulpverlening met een vraag naar medische hulp. Het is belangrijk volgens de voorzieningen hiervoor respect te hebben en de cliënten niet te forceren om die impliciete problemen te uiten, en dit zeker niet bij de eerste contacten. Wanneer dit toch wordt gedaan, lopen hulpverleners het risico het eergevoel van allochtone cliënten dusdanig te ondermijnen dat verdere hulpverlening totaal onmogelijk wordt gemaakt.

'(...) en via de medische weg werken rond drughulpverlening (...) heeft eigenlijk veel meer kansen (...).'

'(...) de toelating krijgen om over (...) andere dingen [=onderliggende problemen] (...). Mits ge voldoende rekening houdt met die medische dimensie (...).'

'[gewoon] respecteren waar iemand staat en welk tempo hij wil volgen (...) Als je [hen] forceert rond het bespreekbaar maken van emotionele problematieken, dan ga je over die grens van die trots en eer.'

Eén voorziening geeft aan dat het in dienst nemen van een allochtone medewerker ook op het vlak van eerherstel zijn nut kan hebben:

'(...) die systemen om die eer te herstellen, dat kennen wij niet als Belg (...) ik ken dat nu theoretisch maar ik kan dat niet zo bespelen als [een allochtone collega].'

Verder wordt ook gewezen op het feit dat moet getracht worden om dat medische uit te breiden en de hulpverlening ook vanuit andere invalshoeken te organiseren.

'Ge kunt ook in die val (...) van medische problemen trappen (...) Er wordt medicatie voorgeschreven en dan denken [we] van het is opgelost. Maar eigenlijk is het dit niet (...) Er zit daar iets anders achter.'

Informatieverspreiding naar de allochtone gemeenschap

De meeste voorzieningen zijn het erover eens dat de omgeving (en vooral de ouders) vaak niet op de hoogte zijn tot welke dienst ze zich kunnen richten wanneer men drugproblemen vaststelt bij bijvoorbeeld een zoon/dochter of een broer/zus. Ook hier geven een aantal diensten aan dat het zinvol is om zelf naar de mensen toe te stappen en niet te wachten op de hulpvraag van de allochtonen. Hierbij wordt aangegeven dat het belangrijk is te weten waar, op welk moment en onder welke vorm dit het best zou kunnen worden georganiseerd. Kennis van de andere cultuur is dan dus erg belangrijk.

'(...) bekendmaking van het centrum in de gemeenschap dus dat was o.a. door voordrachten (...).'

'in ... [de] moskee vertellen over drugs en drughulpverlening, (...) de opkomst (...) [die] was echt ongelooflijk. Dat was op een vrijdagmiddag na het gebed. Dus we hadden gepland om op de beste momenten die mensen te kunnen [bereiken].'

Ook wat betreft het beleid van voorzieningen wordt in dit verband gewezen op het belang van het expliciet aanbieden van bepaalde faciliteiten en/of mogelijkheden tot bijvoorbeeld gebed, varkensvleesvrij voedsel, e.d. Een afwachtende houding aannemen en rekenen op het initiatief van de allochtone cliënt zelf lijkt vaak niet te werken.

'(...) bied [allochtone cliënten] op voorhand de mogelijkheid aan [tot gebed, ...] doe dat bijvoorbeeld in uw huisreglement (...).'

'(...) wij hebben dat in het huisreglement gezet, we hebben dat vertaald en gezegd : (...) ge hebt daar recht op. Het is geen gunst meer, maar het is een recht.'

Een goede kennis van de andere cultuur

De voorzieningen geven aan dat het niet of te weinig op de hoogte zijn van culturele gebruiken en gewoonten het hulpverleningsproces in belangrijke mate kan beïnvloeden. Kennis van de cultuur impliceert het aanvoelen en kunnen hanteren van cultureel gekleurde omgangsvormen. In concreto komt het er dus op aan goed te weten hoe je bijvoorbeeld respect toont voor allochtone cliënten. Kennis van cultuur is immers meer dan op de hoogte zijn van godsdienstige,

historische, … gebruiken maar gaat in de eerste plaats over dagdagelijkse dingen (als voeding, taal omgangsvormen, kleding, …)

'(...) cultuur is een zaak van kleine dingen, van dagelijkse dingen (...) Hoe toon je respect voor iemand ? In [andere] culturen ten opzicht van onze cultuur (...).'

Het beschikken over een multicultureel team kan de kennis van de cultuur binnen het team aanzienlijk beïnvloeden. Bovendien zullen in een multicultureel team tot op zekere hoogte dezelfde dynamieken werkzaam zijn als binnen de cliëntengroep, waardoor je kennis als vanzelf gaat vergroten.

'(...) [de] dynamiek verandert als uw team ook gemengd wordt (...) soms word je persoonlijk geconfronteerd en dan sta je daar dan wel met een collega en niet met een cliënt ... En ge voelt ineens de dynamiek die ge ... hebt, maar in een andere positie [hulpverlener ten opzichte van cliënt].'

3.4.3. Aandacht voor allochtone cliënten in het 'beleid' van de voorziening

De meeste voorzieningen verklaren weinig zicht te hebben op het beleid van de overheid en geven dan ook niet aan waar het beleid zou kunnen veranderen. Wat betreft het interne beleid van de voorzieningen zelf, worden wel een aantal opmerkingen gegeven. Meestal wordt hierbij aangegeven dat er tot op heden geen specifiek beleid rond allochtone cliënten wordt gevoerd, maar dat dit in de toekomst wel kan veranderen.

'Het heeft allemaal te maken met het feit dat het gaat om een klein percentage van [de] totale doelgroep (...) Ofwel is het individueel op te vangen, (...) ofwel kan daar een verwijzing uit voortvloeien. (...) Mocht dat [wel] een probleem worden, (...) [dan zullen] er op dat vlak keuzes moeten genomen worden (...).'

'In dit stadium nog niet (...), maar we zijn er wel mee bezig (...).'

3.5. Twee voorbeelden van 'good practice' met betrekking tot de begeleiding en behandeling van allochtone cliënten

Onderstaande tekst gaat dieper in op twee voorbeelden van *'good practice'* wat betreft de begeleiding van allochtone verslaafden. Er werd vóor geopteerd om herkenbare praktijkvoorbeelden te hanteren. Daarom verkozen we één Nederlands project en één binnenlandse voorziening voor te stellen met bijzondere aandacht voor de specifieke methodiek die gehanteerd wordt bij de begeleiding van allochtone verslaafden. Het lijkt ons nog belangrijk om te vermelden dat bij het Intercultureel Motivatie Centrum (IMC) gesproken wordt van een werkmodel, aangezien het hier echt om een structureel georganiseerd hulpverleningsaanbod voor allochtone cliënten gaat.

3.5.1. Aangrijpingspunten vanuit een Intercultureel Motivatie Centrum (IMC) in Nederland

In Nederland werden een aantal specifieke voorzieningen opgericht om tegemoet te komen aan de noden en behoeften van cliënten die moeilijk bereikt worden, o.a. allochtonen. De Interculturele Motivatie Centra, kortweg IMC's, hebben dan ook specifiek als taak zich te richten op 'extreem problematische druggebruikers' vaak met een crimineel verleden en (meestal) met een andere etnisch-culturele afkomst (Derks en Karsten, 1991 ; Boumanhuis, 2000).

Een Intercultureel Motivatie Centrum wordt in de literatuur omschreven als een 'laagdrempelige voorziening in de klinische verslavingszorg' (NADR, 1998), gericht op de hulp aan mensen, - meestal met een andere etnisch-culturele afkomst - die reeds lange tijd en vaak aan verschillende drugs verslaafd zijn. Centrale doelstelling is het doorbreken van het verslavingspatroon (Boumanhuis, 2000) om op die manier de cliënt te 'motiveren' door te stromen naar andere hulpverleningsinitiatieven of opnieuw op eigen benen te gaan staan. Deze overgang naar hetzij zelfstandigheid hetzij een ander hulpverleningsaanbod is essentieel, gezien een IMC geen 'time-out'-functie, in de zin van enkel opvang, wil voorzien. Daartoe werden immers meer geëigende centra opgericht, zoals opvangcentra. Deze manier van werken vraagt uiteraard een actieve inzet van de cliënt zelf. Het niet nakomen van afspraken tussen de cliënt en het IMC kan leiden tot stopzetting van de hulpverlening, al wordt deze regel relatief soepel gehanteerd. Zo volgt na een eerste overtreding van de belangrijkste afspraak, i.e. abstinentie van druggebruik tijdens de behandelperiode, in de regel een gesprek. De tweede overtreding wordt gevolgd door een schorsing van de hulpverlening gedurende twee dagen, waarna de hulpverlening eventueel kan

worden verdergezet. Pas wanneer een afspraak voor de derde maal met de voeten wordt getreden, wordt de hulpverlening definitief stopgezet al kan ook in dit geval reeds na drie weken een nieuwe aanmelding volgen. Deze 'regel' is er in de eerste plaats op gericht om de 'druk' op de schouders van verslaafde allochtonen zo draaglijk mogelijk te maken. 'Het is geen schande dat je niet reeds vanaf de eerste poging slaagt' dient als onderliggende boodschap begrepen te worden.

Twee kernpunten staan centraal in het werkmodel dat in het IMC gehanteerd wordt. Beide accenten richten zich op twee specifieke knelpunten die de hulpverlening aan allochtone verslaafden zo moeilijk maken, i.e. het taalprobleem en de etnische identiteit. Het eerste kernpunt is daarom ook het in dienst nemen van intercultureel personeel, om zo een afspiegeling van de doelgroepen binnen de staf te creëren. Het tweede kernpunt veronderstelt een praktische gerichtheid op de problematiek, meer dan het gebruik van verbale therapieën. Het onder woorden brengen van wat verslaafd zijn is, is sowieso al moeilijk ; wanneer daar nog de problematiek van een vreemde taal en cultuur bij komt kijken, wordt het verwoorden ervan vaak een onoverkomelijk probleem.

Binnen het IMC zijn mensen werkzaam, die – zoals reeds gezegd – wat betreft etniciteit een goede afspiegeling vormen van de doelgroep. Het multiculturele karakter van het personeel biedt niet alleen individuele herkenningspunten aan de cliënten, maar kan tegelijkertijd ook globaal als voorbeeld dienen voor de mogelijke samenwerking tussen autochtone en allochtone mensen enerzijds en tussen allochtone mensen van verschillende etnische origine anderzijds. Vaak worden allochtonen immers zomaar over dezelfde kam geschoren, terwijl toch niet mag vergeten worden dat er onder allochtonen zelf heel wat culturele verschillen bestaan.

Zoals reeds beschreven is de behandeling binnen een IMC hoofdzakelijk praktisch gericht. 'Eerst doen, dan praten' is een adagio dat hierbij echt wel op zijn plaats lijkt te zijn. Het pragmatische karakter van de behandeling uit zich verder in het 'leefgebiedenmodel' (Boumanhuis, 2000) dat binnen het IMC gebruikt wordt en waarbij centraal staat dat de verslaving *an sich* slechts één aspect is van de problematiek, naast moeilijkheden wat betreft huisvesting, lichamelijke gezondheid, financiële situatie, werksituatie, ... De hulpverlening binnen het IMC richt zich op deze verschillende gebieden. Op deze wijze wordt een stabiele situatie gecreëerd die aanleiding moet kunnen geven tot een doorstroming naar zelfstandigheid of – en dit is meer gebruikelijk – een ander (intensiever) hulpverleningsinitiatief. Belangrijk te vermelden evenwel is dat het IMC er nadrukkelijk vanuit gaat geen afgeronde behandeling aan te bieden, maar dat het verblijf in de

eerste plaats beschouwd moet worden als 'een tussenstap tussen de straat en andere voorzieningen' (Boumanhuis, 2000). Hierbij wil het IMC zo laagdrempelig als mogelijk te werk gaan om op deze manier zoveel mogelijk allochtone cliënten aan te spreken.
Uiteraard verloopt dit proces ook niet zonder de nodige moeilijkheden. Zo hebben te weinig voorzieningen een duidelijk zicht op de precieze doelen, methoden, ... van de hulpverlening binnen een IMC, waardoor de doorstroming niet altijd optimaal verloopt. Hierdoor ontstaat het gevaar dat het IMC niet langer zijn 'brugfunctie' kan vervullen, maar integendeel meer en meer als 'eindstation' van de behandeling wordt beschouwd. Bovendien is het niet evident om zowel binnen de staf als binnen de doelgroep geconfronteerd te worden met (soms grote) culturele verschillen en tegelijkertijd toch tot een goede samenwerking te moeten komen. Al hebben allochtone cliënten bij de start van de behandeling vaak een 'wij-tegen-de-rest-van-de-wereld-gevoel', toch komen de etnische verschillen vaak snel bovendrijven. De conflicten die hieruit ontstaan zijn vaak niet eenvoudig op te lossen en voeren de mensen terug naar hun eigen culturele achtergronden. De enige oplossing ligt evenwel in het refereren naar een gemeenschappelijk kader van waarden en normen. Het IMC gaat uit van de algemene waarden en normen, zoals die gangbaar zijn in het land waar de voorziening zich bevindt. Het heeft immers geen zin een enkel op de andere cultuur gerichte hulpverlening te gaan ontwikkelen binnen het centrum, terwijl nauwelijks enkele meters voorbij de voordeur van het centrum andere waarden gangbaar zijn.

Zoals reeds vermeld richt een IMC zich op mensen die kampen met een extreme vorm van afhankelijkheid, waardoor perspectieven als volledig herstel en totale abstinentie – zeker in de beginfase – vrijwel onmogelijk te realiseren zijn. Een IMC richt zich dan – zeker in eerste instantie - ook eerder op zorg dan wel op behandeling. We mogen immers niet uit het oog verliezen dat een IMC geen afgeronde behandeling wil bieden maar 'slechts' een draaideur wil zijn naar andere vormen van hulpverlening. Eén IMC omschrijft zorg als volgt :

> *'Langdurige behandeling gericht op het draaglijk maken van de verslaving voor individu (verbeteren kwaliteit van leven) en omgeving (bestrijden overlast) door middel van voorlichten, motiveren, gedeeltelijk detoxificeren, het bevorderen van een gedragsverandering en het verbeteren van het somatisch, psychisch, sociaal en maatschappelijk functioneren (Boumanhuis, 2000, p. 15).*

Hierbij worden in concreto activiteiten voorzien, zoals het bieden van een (leef)structuur, medische en verpleegkundige zorg, de mogelijkheid tot individuele gesprekken, alsook het

verzekeren van bescherming en *shelter* en het overdragen naar een vorm van vervolgbehandeling (Boumanhuis, 2000). Als belangrijkste methodieken worden detoxificatie, verbetering van de lichamelijke conditie en het instellen van de juiste medicatie (Boumanhuis, 2000) als zeer belangrijk gezien met als belangrijkste accenten het verbeteren van de zelfzorg, het creëren van mantelzorg en maatschappelijke begeleiding. Hierbij wordt ondersteunend en gedragsmatig gewerkt, uiteraard steeds vertrekkend vanuit de hiervoor geschetste pragmatische en multiculturele houding.

Gedurende de eerste drie weken van de behandeling in het IMC wordt van de cliënten gevraagd enkel onder begeleiding het centrum te verlaten. Deze fase wordt ook wel de detoxificatie/stabilisatieperiode genoemd. Gedurende deze drie weken wordt tevens een inventarisatie van de verschillende probleemgebieden gemaakt, waarna een (zorg)plan wordt opgesteld met de korte-, midden- en langetermijndoelen. Hiertoe heeft de mentor, die bij de start van de behandeling aan iedere cliënt wordt toegewezen, minstens éénmaal per week een gesprek met de cliënten. Ook de cliënt zelf kan een gesprek aanvragen. Uiteindelijke bedoeling van het IMC is dat cliënten doorstromen naar andere voorzieningen, wat in ongeveer 60 % van de gevallen ook effectief gebeurt. Deze doorstroming kan concreet plaatsvinden naar andere vormen van hulpverlening, zoals sociale verslavingszorg, werktoeleidingsprojecten, resocialisatie, dagbehandeling, ...

3.5.2. *Aangrijpingspunten vanuit een voorziening in de Belgische hulpverlening*[9]

Naast de voorzieningen in de regio Groot-Gent, werd ook een andere Vlaamse voorziening bevraagd, al werden de hieruit verkregen gegevens uiteraard niet samen met deze van de voorzieningen uit de regio Groot-Gent geanalyseerd. Deze voorziening gaf - in tegenstelling tot de overige participerende voorzieningen - aan wel een specifieke methodiek te hanteren bij allochtone cliënten met een drugverslaving. Deze methodiek is vanuit de praktijk ontstaan :

'(...) we merkten dat (...) voordat [de interculturele bemiddelaars] hier waren, dat als er Turken of Marokkanen over de vloer kwamen, [dat] er iets miste, culturele achtergrond, we begrepen sommigen niet, we begrepen hun cultuur niet.'

Fundamenteel wordt er gewerkt met interculturele bemiddelaars. In de (weinige beschikbare – zie Verrept, 1998) literatuur vinden we een tweetal belangrijke termen terug die geassocieerd worden met 'interculturele bemiddeling' (zie Bert, 1995, p. 24). Eerst en vooral is er sprake van een 'brugfunctie', waarmee wordt aangegeven dat het in essentie gaat om 'het in beide richtingen decoderen van boodschappen in alle mogelijke verschijningsvormen ...'. Een tweede belangrijke term is 'advocacy' waarmee wordt aangeduid dat de bemiddelaar er in de eerste plaats is voor de cliënt. 'Hieraan ligt ten grondslag dat bij ongelijke machtsverhoudingen de termen van de relatie alleen door een versterking van de zwakste partij wezenlijk kunnen veranderen.' (Centrum Etnische Minderheden en Gezondheid in Bert, 1995, p. 24). Van den Buys (1990, p. 23) omschrijft het intercultureel bemiddelen als volgt :

> *'Bemiddelen is de communicatie deblokkeren, beide partijen meer inzicht geven in elkaars positie en van daaruit een compromis uitwerken.'*

Vanuit de bevraagde voorziening zelf wordt een intercultureel bemiddelaar omschreven als iemand die 'bemiddelt' bij de contacten tussen hulpverlener en cliënt, maar die zelf geen hulpverlening biedt. Het zijn ook geen tolken, maar mensen die - wanneer zij het nodig achten of wanneer de cliënt/hulpverlener erom vraagt - gedurende een gesprek bepaalde culturele eigenheden verduidelijken en dit zowel voor de cliënt (in de eerste plaats) als voor de hulpverlener.

---

[9] Deze tekst is gebaseerd op een interview met een aantal interculturele bemiddelaars.

'Maar [om] alle misverstanden te vermijden : we zijn geen tolk. [Het kan gebeuren] dat we als tolk ingeschakeld worden, maar dat is dan echt uitzonderlijk.'

Een intercultureel bemiddelaar dient hierbij rekening te houden met een viertal factoren :

- De etnisch-culturele achtergrond van de cliënt
- De godsdienstige overtuiging van de cliënt
- De taal van de cliënt
- Het onderwijsniveau van de cliënt.

De etnisch-culturele achtergrond is dermate belangrijk dat cliënten steeds worden begeleid door interculturele bemiddelaars met dezelfde origine :

'Ik zie de Turkse cliënten en zij ziet Marokkaanse cliënten (...).'

Belangrijk is ook dat een interculturele bemiddelaar *in principe* geen hulpverlener is, al ziet hij de cliënt soms ook alleen of gaat hij vaak als contactpersoon optreden.

'(...) we hebben een bemiddelende rol (...) Het komt ook wel voor dat wij een cliënt alleen zien, maar dat wil niet zeggen dat wij die alleen gaan begeleiden. Wij gaan dan altijd, na het gesprek, in overleg met de hulpverlener (...).'

'Dat ze ook het contact [dat] ze normaal gezien hebben naar de hulpverlener (...) dat dat allemaal naar u komt.'

Bert (1995) wijst in dit verband op een aantal taken die door de interculturele bemiddelaar kunnen worden opgenomen. Een eerste taak kan erin bestaan te tolken en te vertalen. Hierbij gaat het echter niet om het louter vertalen, maar is het vooral belangrijk de bedoeling en de betekenis van de boodschap over te brengen. Het reduceren van een interculturele bemiddelaar tot tolk doet tekort aan de functie van een interculturele bemiddelaar, al zijn er initiatieven die hier wel vanuit gaan en zo a.h.w. de moeilijkheden in de begeleiding van allochtonen enkel en alleen toeschrijven aan de taalbarrière (Verrept, 1998). Een andere taak kan erin bestaan te 'overleggen' met de cliënt om samen de meest efficiënte strategie te ontwikkelen om de hulpverlening zo efficiënt mogelijk te laten verlopen. Naast pleitbezorging (vergelijk met de advocacy-gedachte), heeft de

interculturele bemiddelaar ook tot taak om voorlichting en vorming te geven. Voorlichting richt zich hierbij naar de etnisch-culturele minderheden in onze samenleving, vorming heeft de hulpverleners zelf als doelgroep. Vanuit de voorziening werden een aantal aanwijzingen voorgesteld die belangrijk zijn bij voorlichting aan allochtone cliënten :

- concreet werken, o.a. met reële voorbeelden
- zo weinig mogelijk theoretisch te werken
- wat je zegt ook omkaderen met audiovisueel materiaal
- een beroep doen op het initiatief van de toehoorders

Van den Buys (1990) ten slotte wijst nog op een drietal andere taken : ondersteuning aan de hulpverleners, preventieve begeleiding aan gezinnen in moeilijkheden en eventuele nazorg.

4. Aanbevelingen voor methodiekontwikkeling

Alvorens een aantal aanbevelingen te geven voor de ontwikkeling van een specifieke methodiek lijkt het ons belangrijk in te gaan op de vraag of en in hoeverre allochtone cliënten nood hebben aan een specifieke behandeling. Literatuur wijst hier op een gedeelde opvatting. Sommigen menen immers dat afkomst en/of nationaliteit niet belangrijk zijn bij het behandelen van drugproblemen. Finn (1994, p. 327) laat een aantal mensen aan het woord :

> *'Addiction is a democratic illness that strikes every group.'*
> *'All substance abusers have the same types of problems and needs'*

Uit de interviewgegevens blijkt dat de culturele achtergrond soms ook gezien wordt als een specifiek probleem voor een bepaalde cliënt, zoals ook andere cliënten specifieke problemen kunnen hebben :

> *'Dat [de etnisch-culturele achtergrond] is dan een specifiek probleem voor die individuele patiënt, zoals je voor andere patiënten ook heel specifieke problemen kunt hebben (...).'*

> *'(...) die specifieke problematiek van die patiënt binnen dat proces en zo hebben we wel voor iedereen een speciaal aandachtspunt.'*

> *''Primair moet zijn dat éénieder aan zijn trekken komt. Patiënt staat centraal, dat is nu een allochtoon of (...).'*

Toch lijkt het ons belangrijk te zijn om rekening te houden met de etnisch-culturele afkomst van cliënten. Finn (1994) geeft hiervoor een viertal redenen aan :

1. Wanneer we geen rekening houden met de etnisch-culterele achtergrond ontkennen we het bestaan van een belangrijk aspect in de identiteit van een cliënt. Meurs en Gailly (1998, p. 217) spreken in dit verband van een culturele identiteit, waarin 'meegebrachte cultuur en nieuw ontmoete cultuur met elkaar vervlochten kunnen raken'.

2. Kenmerken die eigen zijn aan de cultuur kunnen interfereren met de behandeling in ons Westerse denken. Allochtone cliënten lijken het bijvoorbeeld moeilijk te hebben om te praten

over hun problemen, terwijl de Vlaamse hulpverlening vaak gebaseerd is op het onder woorden brengen van de (onderliggende) moeilijkheden. Allochtone cliënten echter zijn vaak op zoek naar een concrete oplossing voor hun probleem :

'Dus dat concrete van de hulpverlening (...) ik denk dat dat wel aantrekt (...) En dan ook (...) het emotionele werk dat gebeurt weinig en dat willen zij ook niet.'

3. Het succes van de behandeling kan worden bemoeilijkt of ongedaan worden gemaakt door bepaalde culturele eigenheden. Zo kan bijvoorbeeld het geloof in traditionele geneeswijzen het vertrouwen in de Westerse hulpverlening ondermijnen :

' (...) als ge met medicatie begint zijn er [traditionele genezers] die dat afraden en dan zit ge [als Westerse hulpverlener] in de problemen.'

4. Het behoren tot een etnisch-culturele minderheid kan in dergelijke mate op het individu wegen dat het op zich een reden gaat vormen om drugs te gaan ge- of misbruiken.

Het hanteren van een specifieke methodiek lijkt hier dus opportuun. Ook in wetenschappelijke literatuur vinden we een tendens naar interculturalisatie terug. Zo pleit Finn (1996, p. 494) voor een hulpverlening die meer en meer 'culturally sensitive' wordt :

'Cultural sensitivity may be defined as showing awareness of and respect for cultural differences among ethnic and racial groups, and taking these differences in consideration in providing drug user treatment to minority clients... Some researchers and clinicians prefer the expression cultural 'responsiveness', rather than sensitivity, in order to emphasize the need for program staff to play an active role in integrating the client's cultural background into the treatment process ...'

Een aantal voorzieningen geven in dit verband ook aan dat de knelpunten die aangegeven worden specifiek zijn voor allochtone cliënten, in die zin dat de moeilijkheden meestal meer uitgesproken aanwezig zijn.

'Ze zitten allemaal in de rats (...) op dat gebied [is] het probleem universeel. ... [anderzijds het] ... gevoel om niet begrepen te worden ... dat [gaat] zwaarder doorwegen (...).'

'Het specifieke is ... toch wel het feit dat ze allochtoon zijn (...) de manier waarop onze maatschappij tegen die mensen aankijkt (...).'

Tevens lijken alle voorzieningen het erover eens dat het ontwikkelen van een specifiek op allochtonen gerichte drughulpverlening niet opportuun is. Allen kiezen ervoor om binnen hun algemene werking een specifieke methodiek voor de begeleiding van allochtone cliënten te hanteren. Een methodiek die rekening dient te houden met volgende aspecten :

Personeel de mogelijkheid bieden om kennis over de cultuur te verwerven

Het personeel kansen geven en aanmoedigen om vormingsactiviteiten bij te wonen, samenwerking met diensten die specifiek gericht zijn op de begeleiding van allochtonen (bv. integratiediensten) en contacten met de allochtone gemeenschap (bv. via etnisch-culturele verenigingen) zelf kunnen de kennis over de andere cultuur aanzienlijk vergroten. Hierbij is vooral de inbreng van allochtone experten zeer belangrijk :

'Training materials are based on specific experiences and values of a given culture, and trainers are themselves members of the culture.' (Terrel, 1993)

In één van de focusgroepen werd de idee naar voren gebracht om in een samenwerkingsverband (met andere voorzieningen, experten, vertegenwoordigers van de allochtone gemeenschap) te gaan samenzitten rond een aantal gevalsstudies. Finn (1996, p. 503) schrijft in dit verband :

'These visiting experts could also present case studies of clients from different minority backgrounds and ask counselors to compare how they could learn about each client's culture and how they might change their counseling approach to accommodate what they discover.'

Ook wanneer de mogelijkheid tot specialisatie niet aan alle personeelsleden kan geboden worden (omwille van financiële en/of organisatorische redenen), zal het gehele team toch vrij gemakkelijk door deze kennis bevrucht worden, door informele contacten onderling, bepaalde vragen en moeilijkheden die door het volledige team worden aangepakt en zo meer.

Aandacht hebben voor het betrekken van de omgeving

Ondanks de moeilijkheden die kunnen optreden bij het betrekken van de omgeving bij de behandeling van drugverslaafde allochtonen, schuilt hierin tegelijk ook een kans om de begeleiding meer succesvol te maken. Op het eerste zicht problematische aspecten kunnen immers binnen de hulpverlening soms als voordelen gebruikt worden.

'While some cultural charachteristics may create obstacles to treatment, counselors should be alert to occasions when a problematic cultural trait can be converted into an opportunity.'
(Finn, 1994, p. 344)

Door de sterke familiale verbanden die binnen allochtone gemeenschappen nog vaak leven kan de allochtone cliënt zich gesterkt voelen als familieleden of vrienden bij de behandeling betrokken worden. Hierbij is het belangrijk om als hulpverlener zelf naar de mensen toe te gaan en gebruik te maken van '*outreaching*-strategieën' (Finn, 1996 ; Szapocznik et al. 1988).
Ook de bevraagde voorzieningen wijzen op het feit dat ouders gemakkelijker bij de behandeling betrokken lijken te worden wanneer de hulpverlening zelf naar hen toe stapt. Hierbij lijkt een bijzondere rol te zijn weggelegd voor de allochtone hulpverlener.

Finn (1994, p. 331) wijst in dit verband ook op het gebruik van de 'one-person family therapy', een strategie die tracht om impliciet ook familieleden in de behandeling te betrekken zonder dit effectief ook in de praktijk te brengen.

'In one-person family therapy, the counselor first works to change the client's behavior. Then, the client, as an emissary from the counselor, goes home to bring about changes in the family.'

In dienst nemen van allochtone medewerkers

Ondanks het feit dat er nog niet veel onderzoek werd gedaan naar de effectiviteit van een hulpverlener met dezelfde etnisch-culturele achtergrond als de cliënt (Stanley et al., ?) lijkt er toch een consensus te bestaan over het belang van allochtone hulpverleners. Zo rapporteren Yeh et al. (1994) dat Aziatische cliënten die begeleid worden door hulpverleners met dezelfde etnisch-culturele achtergrond na stopzetting van de behandeling betere resultaten konden voorleggen. Ook andere onderzoekers tonen een positieve invloed op de behandeling aan wanneer cliënt en

hulpverlener dezelfde etnisch-culturele origine hebben (Lopez et al.1991 ; Wu en Windle, 1980), al blijft de vraag bestaan of deze resultaten generaliseerbaar zijn naar de totale populatie allochtonen en niet alleen gelden voor de onderzochte subgroepen (Finn, 1996).

Algemeen weerklinkt vanuit literatuur de vraag naar meer personeel met een andere etnisch-culturele achtergrond (Ellis, 1999 ; Rebach, 1992 ; Vaartjes, 1994).

Ook de meeste voorzieningen zijn het erover eens dat het aanwerven van allochtone medewerkers heel wat voordelen biedt. Als de belangrijkste voordelen worden genoemd : het vertrouwen van de cliënt, de kennis van de taal, de herkenbaarheidsfactor, het aanvoelen van de cultuur, het verlagen van de drempel om in behandeling te gaan, ... Bovendien wordt het team dan als het ware een afspiegeling van de bereikte cliënten, waardoor andere dynamieken (binnen de teamwerking) naar boven komen.

Oog hebben voor specifieke behoeften van cliënten

In dit rapport werd uitvoerig ingegaan op een aantal specifieke noden en behoeften van allochtone cliënten met betrekking tot de behandeling van drugproblemen. We beperken ons hier dan ook tot een in kaart brengen van de belangrijkste aangrijpingspunten voor de hulpverlening.

- Zo biedt het werken vanuit een medische invalshoek mogelijkheden om een behandeling te starten en gaandeweg dieper op de problematiek in te gaan. Straetemans en De Muynck (1998, p. 87) geven in dit kader aan dat communicatie (binnen een medisch discours) zeer belangrijk is. Zij schrijven :

> *'Communicatietraining, zoals nu reeds wordt toegepast aan de centra voor huisartsengeneeskunde aan de verschillende universiteiten, zou men kunnen uitbreiden met bijvoorbeeld technieken om op adequate wijze met allochtonen om te gaan.'*

- Ook wordt aangeraden om allochtone cliënten zoveel mogelijk op korte termijn te begeleiden; eventueel gedurende een aantal opeenvolgende nieuwe 'opnames'.

- Een aanpak die de formele tekenen van aanzien onderkent (bv. het gebruik van medisch jargon) lijkt meer te succesvol dan een begrijpende en empathische manier van omgaan met

cliënten. Dit betekent uiteraard niet dat hautain of vanuit de hoogte met de cliënten moet omgegaan worden.

- Aandacht en respect tonen voor het tempo dat de allochtone cliënt zelf aangeeft. Het heeft geen zin cliënten te forceren om bijvoorbeeld van bij de start van de behandeling emotionele problemen onder woorden te brengen.

- Respect tonen voor de status en eer van de allochtone cliënt.

- Beginnen met de behandeling van concrete problemen en eventueel van daar uit trachten om de onderliggende moeilijkheden aan te pakken.

- Allochtone cliënten lijken minder gebaat met therapeutische gesprekken. Handelingsgericht werken lijkt meer deuren te openen.

Indien nodig beroep doen op andere vormen van dienstverlening (interculturele bemiddelaars, tolken, ...)

Indien problemen optreden (én ook als er geen problemen zijn) kan het verrijkend zijn om beroep te doen op andere diensten en voorzieningen. Concreet kan dan worden gedacht aan het werken met interculturele bemiddelaars of tolken. In 3.5.2. werd ingegaan op de (mogelijke) rol van interculturele bemiddelaars binnen de drughulpverlening. Verrept (1998, p. 98) wijst op de positieve effecten van interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg :

'De bestaande literatuur bevat heel wat aanwijzingen dat het inzetten van bemiddelaars in veel gevallen tot een zeer aanzienlijke verbetering van de kwaliteit van de zorgverstrekking leidt.'

Ook de bezochte voorziening gaf aan dat het werken met interculturele bemiddelaars de kwaliteit van de drughulpverlening duidelijk ten goede kwam. Het werken met tolken lijkt – ondanks de eerder in dit rapport vermelde moeilijkheden – ook wel belangrijke voordelen te hebben en kan bij loutere taalproblemen zeker en vast soelaas bieden.

Algemeen besluit en voorstellen voor verder onderzoek

De drughulpverlening heeft nood aan een specifieke methodiek voor de begeleiding van allochtone cliënten. Hierbij opteren ze niet voor een enkel op allochtonen gerichte zorg, maar wordt integendeel gekozen voor een geïntegreerde benadering, waarbij de geëigende methodiek zijn plaats krijgt in de algemene visie van de voorziening. Noch in Vlaanderen, noch in het buitenland zijn er – blijkens de geraadpleegde literatuur – echter reeds omvattende methodieken geïmplementeerd, al worden er hier en daar wel aanzetten toe gegeven.

De doelstelling om bestaande methodieken weer te geven binnen het bestek van voorliggend onderzoeksrapport kon dan ook niet ten volle worden ingevuld, niet alleen omdat er weinig tot geen initiatieven voorhanden zijn, maar ook omdat de wetenschappelijke literatuur omtrent gespecialiseerde drughulpverlening aan allochtonen niet zo uitgebreid is. Deze beperking verklaart dan tegelijk ook het ontbreken van meer voorbeelden van 'good practice' in dit rapport.

Een inventarisatie van knelpunten en mogelijke aangrijpingspunten vormt het uitgangspunt van dit onderzoeksrapport. De opgesomde factoren kunnen bijdragen tot een evenwichtige en succesvolle methodiekontwikkeling, al dient nog veel concreet gerealiseerd te worden.

Verder onderzoek kan hier een waardevolle bijdrage toe leveren. Naast een noden- en behoeftenonderzoek bij de allochtone cliënten zelf, dat een aanvulling zou betekenen bij voorliggend onderzoek (dat uitsluitend de hulpverlening bevroeg) kan (kunnen) één (of meerdere) methodiek(en) (rekening houdend met voornoemde noden en behoeften) geïmplementeerd worden in een (aantal) voorziening(en). Daarnaast zou een onderzoek naar het aantal allochtone druggebruikers in Vlaanderen, gecombineerd met een beschrijving van specifieke kenmerken van het druggebruik binnen die populatie interessante gegevens opleveren met implicaties voor hoe de drughulpverlening voor deze doelgroep het best kan georganiseerd worden. Voorts willen we nog eens wijzen op het belang van een eenvormig registratiesysteem dat naast de nationaliteit ook het land van herkomst en het aantal jaren verblijf in Vlaanderen bevraagt. Ten slotte willen we nog vermelden dat dit onderzoek gedeeltelijk wordt verdergezet in een licentiaatsverhandeling (Aga, 2000) waarbij de resultaten van voorliggend onderzoek worden voorgelegd aan de cliënten zelf.

Referenties

Aga, N. (2000) 'Drughulpverlening aan allochtonen. Een kwalitatief onderzoek naar de visie van allochtone cliënten op hun begeleiding.' Te verschijnen licentiaatsverhandeling : Vakgroep Orthopedagogiek, Universiteit Gent.

American Statistical Association (1997) What are focus groups ? A.S.A. Series. Online raadpleegbaar op http://www.amstat.org/sections/srms/brochures/focusgroups.pdf

Ashruf, A., v.d. Eijnden, P. (1996) 'It's no shame to look for help' Addiction assistence to immigrant addicts. Proceedings ICAA-Congres 1996, Section Ethnic Dimensions.

Argeriou, M., Daley, M. (1997) An examination of racial and ethnic differences within a sample of Hispanic, white (non-Hispanic), and African American medicaid-eligible pregnant substance abusers. Journal of Substance Abuse Treatment, 14(5), 489-498.

Bert, B. (1995) Interculturele bemiddelaars in de gezondheidszorg : onderzoek naar de opvattingen over en omgang met het takenpakket. Onuitgegeven licentiaatsverhandeling : Vakgroep Orthopedagogiek, Universiteit Gent.

Boumanhuis (2000) Herontwerp Zorgprocessen Boumanhuis. Ongepubliceerde uitgave, Rotterdam : Boumanhuis.

Braam, R.V., Verbraeck, H.T., van de Wijngaart, G.F. (1998) Allochtonen en verslaving. Inventarisatie van de aard en omvang van de verslavingsproblematiek onder allochtonen in Nederland en over de werkwijzen en knelpunten in de zorg voor allochtone verslaafden. Centrum voor Verslavingsonderzoek, FSW, Universiteit Utrecht.

Broekaert, E., Raes, V. (1998) Drug abuse treatment in Europe : country reports. Belgium. In Colletti, M.(Ed.) Cost A6. Evaluation of treatment : an European overview. Cost A6 Italia : Iefcos.

Broekaert, E., Soyez, V., Vanderplasschen, W., Vandevelde, D., Bradt, R., Morival, M., Kaplan, C. (2000) The video addiction challenge test (VACT). A new instrument for qualitative substance

abuse research in therapeutic communities. Accepted for publication in International Journal of Social Welfare on July, 1, 2000.

Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding (2000)
Online raadpleegbaar op http://www.antiracisme.be/nl/kader_nl.htm

Cheung, Y.W. (1993) Approaches to ethnicity : clearing roadblocks in the study of ethnicity and substance use. The International Journal of the Addictions, 28(12), 1209-1226.

De Muynck, A., Timmerman, C., Straetemans, H. (eds.) (1998) Interculturele communicatie in de gezondheidszorg. Leuven, Amersfoort : Acco.

Deraeck, G. (1999) Culturen in meervoud. Aspecten van intercultureel (ped)agogisch handelen in onderwijs, vormingswerk en hulpverlening. Leuven : Kritak.

Derks, J., Karsten, C (1991) Het Intercultureel Motivatiecentrum (IMC), een eerste beeld. Een nieuw hulpverleningsaanbod aan voornamelijk allochtone straatjunks. Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en Andere Psychotrope Stoffen, 17(6), 216-225.

De Ruyver, B., Casselman, J. (2000) Het Belgisch drugbeleid anno 2000 : een stand van zaken drie jaar na de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep drugs. Leuven-Gent : Katholieke Universiteit Leuven, Onderzoeksgroep geestelijke gezondheidszorg – Universiteit Gent, Onderzoeksgroep Drugbeleid, strafrechterlijk beleid en internationale criminaliteit.

Ellis, M. (1999) Support for the effectiveness of culturally competent drug and alcohol treatment, policy planning and programme development. Journal of Substance Use, 4, 35-40.

Finn, P. (1994) Addressing the needs of cultural minorities in drug treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 11(4), 325-337.

Finn, P. (1996) Cultural responsiveness of drug user treatment programs : approaches to improvement. Substance Use and Misuse, 31(4), 493-518.

Fiorentine, R., Hillhouse, M.P. (1999) Drug treatment effectiveness and client-counselor empathy: exploring the effects of gender and ethnic congruency. Journal of Drug Issues, 29(1), 59-74.

Hemels, I. (??) Intercultureel Motivatie Centrum bereikt allochtonen. Doen in plaats van praten. Bouman Bulletin,..., 14-15.

Kahn, K. (1999) Commentary. Race, drugs and prevalence. International Journal of Drug Policy, 10, 83-88.

Kline, A. (1996) Pathways into drug user treatment : the influence of gender and racial/ethnic identity. Substance Use and Misuse, 31(3), 323-342.

Koninklijk Commisariaat voor het Migrantenbeleid (1991) Samen op weg... in een multi-etnische samenleving. Brussel : Koninklijk Commisariaat voor het Migrantenbeleid.

Leman, J. (1998) Woord vooraf. De therapeutische houding tegenover een mozaïek van culturen. In : Meurs, P., Gailly, A. Wortelen in andere aarde. Migrantengezinnen en hulpverleners ontmoeten cultuurverschil. Leuven, Amersfoort : Acco.

Lopez, S.R., Lopez, A.A. and Fong, K.T. (1991) Mexican American's initial preferences for counselors. The role of ethnic factors. Journal of Counseling Psychology, 38(4), 487-496.

Meurs, P., Gailly, A. (1998) Wortelen in andere aarde. Migrantengezinnen en hulpverleners ontmoeten cultuurverschil. Leuven, Amersfoort : Acco.

NADR (Nederlandse Alcohol en Drugs Rapportage) (1998) Fact Sheet. Drugsoverlast en integrale zorg. Utrecht : Trimbosinstituut.

Nemoto, T., Aoki, B., Huang, K., Morris, A., Nguyen, H., Wong, W. Drug use behaviors among asian drug users in San Francisco. Addictive Behaviors, 24(6), 823-838.

Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS)
Online raadpleegbaar op : http://www.statbel.fgov.be/

Provinciaal Integratiecentrum Oost-Vlaanderen vzw (PICO) (1999) Eindrapport Dataproject etnisch-culturele minderheden. Provincie Oost-Vlaanderen.

Raes, V., Lenders, F., Geirnaert, M. (1995) Drughulpverlening in Vlaanderen : Feiten en problemen. Brussel : Vereninging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.

Rebach, H. (1992) Alchol and drug use among American minorities. In Trimble, J.E., Bolek, C.S., Niemcryk, S.J. (Eds.) Ethnic and multicultural drug abuse : perspectives on current research. Binghamton, NY : Haworth Press.

Scapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A.L., Foote, F.H., Santisteban, D., Hervis, O., Kurtines, W.M. (1988) Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment : a strategic structural systems approach. Journal of Consultating and Clinical Psychology 56(4), 552-557.

SIF (1996) Sociaal Impulsfonds. Meerjarenplan 1997-1999. Stad – en OCMW-Gent.

Stanley, J., Brown Jr., L.S., Primm, B.J. (??) African Americans : epidemiologic, prevention and treatment issues. In Louison (?), J.H., et al. Substance Abuse : a comprehensive textbook'.

Straetemans, H, De Muynck, A. (1998) Communicatie tussen de Vlaamse huisarts en de allochtone patiënt. In De Muynck, A., Timmerman, C., Straetemans, H (eds.) Interculturele communicatie in de gezondheidszorg. Leuven : Acco.

Terrell, M.D. (1993) Ethnocultural factors and substance abuse : toward culturally sensitive treatment models. Psychology of Addictive Behaviors, 7(3), 162-167.

Tucker, M.B. (1985) U.S. ethnic minorities and drug abuse : an assesment of the science and practice. International Journal of the Addictions, 20, 1021-1047.

Vaartjes, J. (1994) Minder zware opleidingseisen stellen aan allochtone hulpverleners. Trefpunt, 23, 9.

VAD (2000) Uitbesteding onderzoeksproject 'Drughulpverlening aan allochtonen'. Ongepubliceerd.

Van den Buys, E. (e.a.) (1990) Bemiddelaar gezocht. Ervaringen met een vorm van interkulturele hulpverlening : het Ondersteuningsteam Migranten – Bijzondere Jeugdzorg. Provinciale Welzijnscommissie Antwerpen i.s.m. Centrum Buitenlandse Werknemers v.z.w..

Vanderplasschen, W., Broekaert, E. (1999) Draaiboek proefproject 'Case management in de Oost-Vlaamse drughulpverlening'. Ongepubliceerd : Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.

Vanderplasschen, W., De Bourdeaudhuij, I., Van Oost, P. (2000) Co-ordination and continuity of care in substance abuse treatment : an evaluation-research in Belgium. Submitted for publication in European Addiction Research, november 2000.

Van Ooyen-Houben, M., Walraven, M., Mensink, C. Hulpverlening (z)onder drang. Het intercultureel Motivatiecentrum geëvalueerd. Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs.

Van Velthoven, S. (??) Een eigen weg in Hillegersberg. Bouman Bulletin : Boumanhuis.

VDAB (2000)
Online raadpleegbaar op : http://www.vdab.be

Verrept, H (1998) Interculturele bemiddeling : de oplossing voor problemen in de hulpverlening aan allochtonen. In : De Muynck, A., Timmerman, C., Straetemans, H. (eds.) Interculturele communicatie in de gezondheidszorg. Leuven, Amersfoort : Acco.

Watson, A.L., Franklin, M.E., Ingram, M.A., Eilenberg, L.B. (1998) Alcohol and other drug abuse among persons with disabilities. Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 29(2), 22-29.

Westermeyer, J. Addiction among immigrants and migrants. Epidemiology and treatment. American Jouranl on Addictions, 5(4), 334-350.

Wu, I.J., Windle, C. (1980) Ethnic specificity in the relative minority use and staffing of community mental health centers. Community Mental Health Journal, 16(2), 156-168.

Yeh, M., Takeuchi, D., Sue, S. (1994) Asian-American children treated in the mental health system : a comparison of parallel and mainstream outpatient service centers. Journal of Clinical Child Psychology, 23 (1), 5-12.

Bijlage 1 : Gehanteerd interviewschema



-Vakgroep Orthopedagogiek-
(Voorzitter : Prof. Dr. E. Broekaert)

Interview in het kader van het onderzoeksproject
'Drughulpverlening aan allochtonen'

Datum van het interview :..

Naam en functie sleutelfiguur : ....

Naam van de voorziening :..

Geïnterviewd door :..

Leidraad bij het interview 'Drughulpverlening aan allochtonen'

I. Belangrijkste doelstellingen van het onderzoek

1. Literatuuronderzoek
2. Bundelen van een aantal 'good practices'
3. Overzicht van een aantal gehanteerde werkmodellen ('aangrijpingspunten') en eventueel hierbij aansluitende moeilijkheden en knelpunten (Veldonderzoek – Interviews en focusgroepen)
4. Aanbevelingen voor verder onderzoek.

II. Belangrijkste onderzoeksvragen bij het bezoek aan de voorzieningen

1. Hoe definiëren en omschrijven jullie de doelgroep 'allochtonen' ?

2. Welke term hanteren jullie (allochtonen, migranten, ...) ? Waarom ?

3. Komen julie veel in contact met allochtonen. Zien jullie een reden waarom (niet) ?

4. Gaan jullie zich bewust richten op allochtonen of net niet. Waarom ?

5. Hanteren jullie een specifiek werkmodel bij het omgaan met deze populatie ?

6. Is dit werkmodel bewust ontwikkeld, vanuit de praktijk ontstaan, … ?

7. Wie hanteert dit werkmodel (iedereen, één of meerdere specialisten, …)

8. Volgens literatuur is kennis van de andere cultuur ('cultural responsiveness') van heel groot belang. In hoeverre wordt daar bij jullie aan tegemoet gekomen ?

9. Wordt de stem van de allochtone cliënten hierbij gehoord ? In hoeverre worden ze betrokken bij de behandeling en is dit specifiek voor deze populatie of is dit gelijklopend voor alle cliënten ?

10. Welke knelpunten ervaren jullie bij het werken volgens voornoemd werkmodel ?

11. Volgens een Nederlands onderzoek is er sprake van een aantal knelpunten. In hoeverre herkennen jullie dit ?

- Het intakegesprek sluit niet aan bij de belevingswereld van de allochtonen.(te confronterend, niet aangepast, indruisend tegen gevoelens van trots en schaamte, te bureaucratisch, bang asielaanvraag te verliezen).

- Geen doorstroom naar hoogdrempelige vormen van zorg. Blijkt dit uit het onderzoek ? Vaak blijven ze 'hangen' in bv. methadonverstrekkingsprogramma's en maken ze geen gebruik van therapeutische hulp.

- Communicatieproblemen : taal, manier van communiceren (bv. zakelijk vs. emotioneel-expressief).

- 'Witte' hulpverleningsmethodieken (te weinig of geen allochtone hulpverleners in dienst, geen leidinggevende functie, ...)

- Gebrek aan culturele deskundigheid van hulpverleners, in concreto : te weinig zicht op ziektebeleving, traditionele geneeswijzen, religieuze beleving, cultuurspecifieke gedragspatronen, mens- en wereldbeelden, de rol van (extended) gezinsverbanden, ...

- Gebrek aan beleid vanuit de overheid.

12. Indien één of meerdere knelpunten ook bij jullie voorkomen, hoe gaan jullie hier dan mee om ? Hoe wordt dit geïntegreerd in jullie werkmodel ?

13. Voelen jullie de behoefte aan meer kennis i.v.m. de hulpverlening aan allochtonen ?

14. Vinden jullie dat er vanuit de overheid voldoende aandacht aan de problematiek wordt besteed ?

15. Hebben jullie nood aan voorbeelden, 'good practices' die aangrijpingspunten kunnen leveren ?

Opmerkingen

In welke mate is het 'allochtoon' zijn belangrijk bij de behandeling van een drugproblematiek, m.a.w. in hoeverre speelt het culturele aspect mee in de behandeling van allochtone drugverslaafden ?

Hoe specifiek zijn de drempels voor allochtonen of bestaan ze an sich eigenlijk voor alle gebruikers ?

Welke implicaties heeft het omgaan met diversiteiten voor de organisatie/het beleid van een voorziening ?

In kaart brengen van een aantal voorbeelden is essentiëel.

Bijlage 2 : Voorbereiding focusgroep

- FOCUSGROEP -

Voorbereiding focusgroep .... september 2000 van 10 tot 12 uur.

Deelnemers :

-
-
-
-
-
-
-

Inleiding :

Bedoeling van deze focusgroep is te bekijken welke oplossingen er zouden kunnen geboden worden voor de moeilijkheden die de drughulpverlening ondervindt bij de begeleiding van allochtone drugverslaafden. Het is m.i. vooral belangrijk om te focussen op wat er kan gedaan worden, m.a.w. welke aangrijpingspunten er zijn en niet zozeer (opnieuw) te gaan inventariseren wat de problemen zijn.

We zouden in concreto het volgende willen te weten komen :

- Welke problemen jullie het meest belangrijk achten bij het begeleiden van allochtone drugverslaafden ?
- Welke oplossingen jullie reeds hanteerden om deze problemen te overwinnen ?
- In hoeverre deze oplossingen succes hadden ?
- In hoeverre voornoemde oplossingen werkbaar waren en/of welke moeilijkheden jullie hierbij ondervonden ?
- Welke oplossingen zouden jullie nu voorstellen ? Wat moet er gebeuren om allochtonen beter te kunnen begeleiden ?

We zijn – binnen het bestek van dit onderzoek – minder op zoek naar :

- Een loutere inventarisatie van de problemen.

- Redenen waarom allochtonen moeilijk bereikt lijken te worden door de drughulpverlening.
- Hoe allochtonen beter bereikt zouden kunnen worden en welke maatregelen hiertoe zouden kunnen genomen worden ?
- Welke groepen allochtonen precies welke specifieke noden en behoeften hebben (vanuit een meer antropologisch kader) ?

Richtinggevende vragen

I. Behandelingsmethodieken – problemen en (eventuele) oplossingen ervan

1. Hoe hanteren jullie de term allochtonen, m.a.w. over welke mensen hebben jullie het dan ?

2. Welke grote problematieken onderkennen jullie bij het begeleiden van allochtonen m.b.t. een drugproblematiek ?

3. Een groot probleem (blijkens de interviews) is het communicatieprobleem ... Hoe trachten jullie dat op dit moment op te vangen ?

4. Welke maatregelen zouden het communicatieprobleem nog beter oplossen, m.a.w. welke veranderingen zouden jullie in de toekomst wel willen doorvoeren ?

5. Hebben jullie het gevoel de andere culturen voldoende te kennen ?

6. Heeft dit implicaties voor jullie werk, m.a.w. is kennis van de andere cultuur een noodzakelijke voorwaarde om allochtonen op een goede manier te begeleiden en om welke implicaties gaat het dan concreet ?

7. Wat doen jullie nu om die kennis te verwerven en wat denken jullie in de toekomst hieraan te doen ?

8. Het in dienst nemen van allochtone medewerkers kan belangrijke voordelen bieden voor het werken met allochtone cliënten. In welke zin zien jullie dit vooral ?

9. Zijn er concreet maatregelen die jullie gaan doorvoeren om meer allochtone medewerkers in dienst te nemen ?

10. Hoe zien jullie het motivatieproces evolueren, m.a.w. hoe denken jullie de allochtone cliënten voldoende te kunnen motiveren om door te stromen naar meer hoogdrempelige vormen van zorg ?

11. Hoe denken jullie concreet in te spelen op een aantal specifieke noden en behoeften van allochtone cliënten :

- Gevoelens van trots en eer
- Verschil in positie tussen mannen en vrouwen
- Geloof in traditionele geneeswijzen, 'zieners', excorcisme, ...
- Specifieke rol van de gezins- en familieverbanden
- Minder kennis van het hulpverleningsaanbod en tegelijk minder mogelijkheden om zich hieromtrent te informeren
- ...

II. Attitudes, houdingen, ethische overwegingen

12. Welke houding nemen jullie aan m.b.t. de tegenstelling 'categoriale vs. algemene hulpverlening' wanneer we spreken over drughulpverlening aan allochtonen ?

13. Hoe reageren jullie wanneer bepaalde culturele gedragingen echt botsen met de culturele eigenheden van de eigen cultuur, waarbinnen je als hulpverlener toch werkzaam bent ?

14. Kiezen jullie er bewust voor om met de allochtonen, wanneer die zich aanmelden, te werken ? Indien ja, is dit dan ondanks alle moeilijkheden ? M.a.w. passen jullie dan het programma een stuk aan aan de cliënt of verwachten jullie eerder het omgekeerde ?

III. Afrondende vragen

15. Zijn er behandelingsmethodieken die jullie nu al hanteren, gehanteerd hebben of zullen hanteren ?

16. Hebben jullie het gevoel dat praten over dit onderwerp (bv. in het kader van dit onderzoeksproject) zorgt voor een bewustmaking, een anders bekijken van de problematiek ?

Besluitend...

- Gelieve er rekening mee te houden de anonimiteit van de andere deelnemers te garanderen.
- Indien er nog vragen/opmerkingen/bedenkingen zijn, dan kan u die gerust uiten ...
- Hartelijk bedankt om deel te nemen aan de focusgroep.

Bijlage 3 : Informed Consent

'Informed Consent'

Sinds 1 augustus 2000 werd gestart met het onderzoeksproject 'Drughulpverlening aan allochtonen', een samenwerking tussen de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) en de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent. De Vakgroep Orthopedagogiek staat in voor de opvolging van dit onderzoek.

Hulpverleners, werkzaam in de drughulpverlening en begeleiding van etnisch-culturele minderheden, worden in het onderzoek als participanten betrokken.

In het kader van het onderzoeksproject 'Drughulpverlening aan allochtonen' wordt het volgende overeengekomen tussen Stijn Vandevelde, Vakgroep Orthopedagogiek, en ....[10], medewerker van ....:

- De hierboven vermelde participant gaat ermee akkoord deel te nemen aan het onderzoek.

- De participant heeft te allen tijde het recht uit het onderzoek te stappen.

- Het onderzoeksproject houdt in dat de participant (of een ander personeelslid van de voorziening) bereid is :

  - deel te nemen aan een interview rond de manier waarop binnen de voorziening gewerkt wordt met allochtone cliënten.
  - deel te nemen aan een focusgroep waarin gepeild wordt naar wat de mogelijke behandelingsmethodieken zouden kunnen inhouden.

- De gegevens die tijdens dit onderzoek verzameld worden, mogen worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek, op voorwaarde dat ze strikt vertrouwelijk en geheel naamloos verwerkt en gerapporteerd worden.

- De onderzoeker respecteert het beroepsgeheim van de hulpverleners en zal geen persoonsgegevens aan derden bekendmaken.

- De participanten worden op voorhand op de hoogte gebracht indien er audio- en/of video-opname zal worden gebruikt.

- De cassettes worden letterlijk uitgetikt. Ze worden niet openbaar gemaakt, noch gebruikt in het kader van lessen, vormings- of studiedagen, ...

Opgemaakt in tweevoud (één exemplaar voor de participant, één exemplaar voor de onderzoeker).

Voor akkoord,
De participant, De onderzoeker,

.... Stijn Vandevelde

[10] In wat volgt wordt alles wat uw persoon betrekking heeft aangeduid met 'de participant'.